N° 1.

DES

ABOUCHEMENTS CONGÉNITAUX DU RECTUM A LA VULVE ET AU VAGIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Novembre 1890

PAR

Paul PUECH

Né à Nimes (Gard), le 12 décembre 1863
Interne des Hôpitaux de Montpellier (Concours déc. 1886)
Lauréat des Hôpitaux (Concours déc. 1888)
Ancien aide d'Anatomie à la Faculté (Concours juillet-août 1885)
Lauréat de la Faculté (Prix. Concours juillet 1886)
Membre titulaire de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques de Montpellier
Secrétaire du Comité de Rédaction du *Montpellier Médical*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE CHARLES BOEHM

ÉDITEUR DU MONTPELLIER MÉDICAL,
DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES.

1890

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM CASTAN (✠)..... DOYEN
BERTIN-SANS..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Médecine légale et Toxicologie.....	MM. JAUMES
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (✠).
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
id. VILLE (Chargé de Cours).	
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	CASTAN (✠).
Clinique médicale.....	GRASSET.
Physiologie.....	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELTT.
Opérations et Appareils.....	CHALOT.
Anatomie pathologique et Histologie.....	KIENER (✠).
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (✠).
Anatomie.....	PAULET (O. ✠ ✠).
Pathologie interne.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Pathologie externe (Chargé de Cours).....	ESTOR.

Doyen honoraire : M. J. BENOIT (O. ✠ ✠)
Professeur honoraire : M. DUPRE (O. ✠ C ✠).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des vieillards.....	MM. MOSSÉ (✠), agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC, agrégé.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL, agrégé.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. DE GIRARD.	MM. TRUC.	MM. SARDA.
BLAISE.	GERBAUD.	ESTOR.
BAUMEL.	GILIS.	HEDON.
VILLE.	BOINET.	LECERCLE.
FORGUE.	BROUSSE.	

MM. GOT, *Secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. DUBRUEIL, *président* ;
TÉDENAT, professeur ;
FORGUE, agrégé.
TRUC, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Le Docteur A. PUECH (de NIMES)

Puissé-je un jour te valoir !

A MA MÈRE CHÉRIE

P. PUECH.

INTRODUCTION

Entraîné par l'exemple de mon père, j'ai fait, et compte faire plus encore, des affections de l'appareil génital de la femme, l'objet de mes études de prédilection. C'est ainsi que j'ai été amené à traiter, dans ma Thèse inaugurale, le sujet que j'aborde aujourd'hui.

Les *Abouchements congénitaux du rectum à la vulve et au vagin* ne constituent pas une de ces anomalies si rares ou si au-dessus des ressources de l'art, qu'elles n'ont d'intérêt que pour un petit nombre : chercheurs de curiosités scientifiques, naturalistes en quête de monstruosités étranges. Ils rentrent, au contraire, dans cette classe de malformations que le praticien doit connaître, parce qu'elles peuvent se présenter à lui inopinément, et qu'inopinément aussi, dans certains cas, elles demandent son intervention immédiate, au même titre qu'un croup suffocant ou qu'un étranglement herniaire.

Jusqu'ici, cependant, leur histoire n'a point fait l'objet d'une étude approfondie : à peine indiquée dans les livres de Gynécologie, confondue dans les Traités classiques de Pathologie chirurgicale ou dans les ouvrages spéciaux avec celle des vices de conformation de l'anus et du rectum, elle est, de ce fait, restée en souffrance et incomplète.

Ce n'est pas que, d'ici ou de là, on ne rencontre quelques rares monographies écrites sur la matière, quelques thèses consacrées à leur endroit ; l'on en trouvera plus loin les indications. Mais, tout en fournissant des documents nouveaux ou des exemples inédits, aucune d'elles ne peut être regardée, à proprement parler, comme constituant un travail d'ensemble, auquel on peut toujours se reporter, sûr d'y sentir la garantie donnée par l'apport considérable des faits.

A l'aide de nombreuses observations, fruits de longues et laborieuses recherches dans les publications, journaux et recueils de la France et de l'étranger, j'ai écrit l'histoire des anus vulvaires et vaginaux et essayé ainsi de combler cette lacune.

Telles sont les prétentions de ce travail.

Les faits devaient naturellement y occuper la plus grande place; c'est avec eux, constamment sous les yeux, que j'ai rédigé ces pages. Aussi n'ai-je pas hésité à leur sacrifier bien des fois le texte, quelque passible de reproches que puisse paraître à d'aucuns cette manière de procéder.

L'anomalie étudiée ici est encore désignée par les auteurs sous les noms d'*anus vulvaire*, d'*anus vaginal*, d'*atrésie de l'anus vulvaire*, d'*atrésie de l'anus vaginal*, de *cloaque recto-génital*. J'ai conservé ces expressions en manière d'abréviation. Elles sont cependant absolument impropres: l'anus imperforé existe, en effet, avec tout ou partie de ses caractères à sa place normale; seul, le rectum a subi une déviation de son extrémité inférieure, qui en détermine l'abouchement vicieux. D'autre part, la dénomination de « cloaque recto-génital » repose sur une fausse interprétation embryogénique.

Écrivant un chapitre de pathologie, j'ai cru devoir adopter pour ce travail les divisions naturelles établies dans les livres classiques: L'embryogénie et la pathogénie, l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie et le diagnostic, le pronostic, le traitement, constituent autant de paragraphes distincts. J'ai groupé à la fin, sous le titre de pièces justificatives, les observations qui n'avaient pu prendre place dans le texte.

Avant d'entrer en matière, qu'il me soit permis d'affirmer bien haut mon attachement à l'École de Montpellier et à tous ses Maîtres, auprès desquels j'ai constamment trouvé un si bienveillant accueil.

Nous ne saurions trop remercier MM. les professeurs Dubrueil, Grynfeltt, Hamelin, Tédenat, et MM. les professeurs agrégés Estor, Forgue, Gerbaud, Gayraud et Mossé, nos Maîtres dans les Hôpitaux, de l'affectueuse sollicitude qu'ils nous ont témoignée pendant nos quatre années d'internat. — M. le professeur agrégé Gilis a bien voulu nous aider de ses conseils, pour mener à bien l'étude délicate de l'embryogénie et de la pathogénie; qu'il reçoive l'expression de notre profonde gratitude!

En inscrivant ici les noms de MM. les professeurs Bertin, Jaumes et Tédenat, j'ai voulu simplement rappeler une dette de reconnaissance. Il me reste encore à l'acquitter.

DES

ABOUCHEMENTS CONGÉNITAUX

DU RECTUM

A LA VULVE ET AU VAGIN

CHAPITRE PREMIER.

Embryogénie. — Pathogénie.

Il serait impossible de comprendre le mode de formation des anus vulvaires et vaginaux, si l'on n'avait présentes à l'esprit les notions embryogéniques relatives au développement du rectum et des organes génitaux dans lesquels il vient s'aboucher. Encore, avec ces données, la genèse de ce vice de conformation est — il faut le reconnaître — pleine d'obscurités. « On lit bien, dans les traités classiques, écrit Jeannel, des descriptions plus ou moins rigoureuses de l'embryogénie de l'appareil cloacal, c'est-à-dire des organes génitaux urinaires et de l'intestin ; après cette description, on vous dit bien que vous trouverez là la clef des malformations ano-rectales, mais on se garde bien, en général, de vous aider dans cette découverte : ou, si l'on vous y aide, la théorie que l'on vous donne ne supporte pas le contrôle de la discussion et des faits[1].»

[1] Essai sur la pathogénie des malformations de l'anus et du rectum. *Revue de chirurgie*, 1887, pag. 195.

Ces réflexions, malheureusement trop justes, ne nous paraissent pas près de recevoir un démenti, malgré le nombre et la valeur des travaux récents. Si ces derniers ont servi à mieux faire connaître divers points obscurs du développement des organes génitaux externes et de l'anus, ils sont loin de les avoir tous élucidés ; bon nombre restent encore mal connus, qui réclament de nouvelles études. De là, le vague dont on s'entoure, pour interpréter certaines des anomalies de ces organes, et ces descriptions confuses qui expliquent mal ou n'expliquent pas du tout leur mode de formation.

M. Retterer[1], dont personne, moins que nous, ne conteste la compétence en pareille matière, n'a point, ce nous semble, échappé à ce reproche. C'est une véritable déception que l'on éprouve, lorsque, après avoir lu avec soin, comme nous l'avons fait et comme le demande une œuvre d'aussi longue haleine, son travail sur la région ano-génitale des mammifères, l'on arrive aux explications des anomalies qui résultent d'un arrêt de l'évolution dans la région génitale de la femme : des anus vaginaux en particulier. L'on y trouve bien le franc aveu de M. Jeannel, que l'anus vaginal ne peut se concevoir embryogéniquement ; à sa suite, la mention de quelques cas d'imperforations de l'anus avec abouchement du rectum dans le vagin ou le vestibule, où sont relevées « les lésions concomitantes, parce qu'elles nous permettront, grâce aux faits de développement anormaux que nous venons de passer en revue, de mieux nous rendre compte du processus qui a déterminé la production de ces malformations[2] » ; immédiatement après, l'annonce qu'avec ces exemples on est à même de concevoir le mode de production des malformations sus-mentionnées ; tout cela pour aboutir à l'explication de certains cas complexes, donnée par les quelques lignes

[1] Origine et évolution de la région ano-génitale des mammifères. *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1890, pag. 126.

[2] Retterer ; *loc. cit.*, pag. 209.

suivantes : «que, par suite d'un arrêt de développement de l'un des replis cloacaux, il ne se soit pas suffisamment rapproché de son congénère dans sa portion inférieure, il y a une anomalie double : un abouchement du rectum, soit dans le vagin, soit dans le vestibule, et plus tard une communication du rectum avec le vagin ou le vestibule. D'autre part, vu l'absence de rapprochement et de soudure des replis cloacaux, les deux conduits de Muller continueront leur descente sans arriver au contact sur la ligne médiane, ce qui amènera fatalement un utérus ou un vagin double».

On pourrait désirer une explication à la fois plus précise et plus détaillée. L'ancienne théorie du cloaque externe marchant vers le cloaque interne, acceptée par presque tous les chirurgiens, n'est plus admise aujourd'hui par les embryologistes. Les travaux de Gasser et de Mihalkovics sur le poulet, de Mihalkovics et de Strahl sur le lapin, de Tourneux et de Retterer la contredisent absolument[1]. La théorie moderne qui l'a remplacée ne peut avoir moins de prétentions qu'elle : on doit y trouver la clef des malformations ano-rectales. Aussi n'est-ce pas trop que de demander, à ceux qui la défendent, de nous aider dans cette découverte, pour laquelle ils sont tout naturellement désignés.

Trois phases du développement embryonnaire doivent être surtout mises en lumière et retenues : 1° le cloisonnement du cloaque ; 2° la formation de l'anus ; 3° la formation du conduit utéro-vaginal.

1° Dès les premiers temps de la vie embryonnaire, l'extrémité inférieure de l'intestin (rudiment du rectum) et le pédicule de la vésicule allantoïde s'ouvrent à leur partie inférieure dans un cul-de-sac commun, qui est le *cloaque encore fermé*. A la partie supérieure de ce cloaque (il s'agit d'une coupe sagittale, et, pour la facilité de la description, nous supposons les parties

[1] Gilis; Précis d'embryologie, 1890.

embryonnaires dans la même position qu'occuperont plus tard les organes qui leur correspondent) proémine, entre l'intestin et l'allantoïde, une saillie mésodermique, l'*éperon ou repli périnéal*. A la partie inférieure du cloaque opposée à l'éperon périnéal, on voit, d'une part, le rectum se prolonger en arrière du point où se formera l'anus, pour constituer l'intestin post-anal ; ce dernier, dirigé vers la gouttière médullaire rappelle le canal neurentérique des vertébrés inférieurs : il ne doit plus nous occuper. D'autre part, dans la région où doit se faire l'ouverture du cloaque, la paroi inféro-antérieure est constituée par les deux feuillets épithéliaux (ectodermique et endodermique), que la disparition rapide du tissu mésodermique primitivement interposé a laissés en contact. C'est l'*éminence cloacale*, qui par la résorption ou la déchirure de sa partie moyenne donne lieu à l'ouverture du cul-de-sac commun au rectum et à l'allantoïde : dès lors existe le *cloaque proprement dit*.

L'orifice externe du cloaque présente alors (il est supposé vu de face) une fente à grand diamètre antéro-postérieur, bordée par un bourrelet dont l'arc antérieur deviendra le *tubercule génital*, l'arc postérieur le *repli post-anal*, et les parties latérales intermédiaires constitueront les *replis génitaux*.

Sur des coupes perpendiculaires à l'axe longitudinal du conduit cloacal, on voit se détacher, de l'une et l'autre parois latérales, deux replis (*lames* ou *replis latéraux de Ratke*), qui s'avancent comme deux rideaux transversaux à la rencontre l'un de l'autre jusqu'à se joindre, divisant ainsi le cloaque en deux conduits secondaires : l'un, antérieur, *sinus uro-génital*, qui prolonge en bas le pédicule de l'allantoïde ; l'autre, postérieur, qui continue l'intestin, *conduit rectal*. Le bord supérieur des deux plis latéraux et le début de leur jonction correspondent toujours au bord inférieur de l'éperon périnéal, et leur soudure médiane se poursuit de haut en bas ; c'est ce que Kolliker et Tourneux ont décrit sous le nom de descente de l'éperon périnéal.

En résumé, deux lames se soulèvent sur les parties latérales du cloaque, se rencontrent et se soudent, formant ainsi une cloison, *septum uréthro-rectal*, et donnant lieu à deux conduits : sinus uro-génital et rectum.

2° Nous avons vu comment était constitué après l'ouverture du cloaque son orifice externe : L'arc antérieur du bourrelet qui l'entoure constitue le tubercule génital ; l'arc postérieur le repli post-anal ; entre les deux, les reliant de chaque côté de la fente que cet orifice représente, s'étendent les replis génitaux.

Aux lèvres de cet orifice, le bord inférieur du septum uréthro-rectal vient peu à peu affleurer. Dans la portion correspondante à cette ligne d'affleurement, les moitiés postérieures des deux replis génitaux, qui bordent l'orifice cloacal, se rapprochent l'une de l'autre par un mouvement semblable à celui qui a présidé à la formation de la cloison uréthro-rectale, et se fusionnent sur la ligne médiane en s'unissant à cette cloison. Ainsi est constitué le *rudiment périnéal*, dont le bord postérieur constitue le repli pré-anal.

A ce moment, l'orifice cloacal, grossièrement comparable à un 8 de chiffre, est donc à son tour divisé par la cloison transversale, résultant de la fusion des deux moitiés postérieures des replis génitaux, en deux orifices : l'un, antérieur, étendu du tubercule génital à la partie antérieure de cette cloison, l'orifice du sinus uro-génital ; l'autre, postérieur, limité en avant par le repli pré-anal (bord postérieur du rudiment périnéal), et en arrière par le repli post-anal (portion post-anale de l'éminence cloacale), c'est l'orifice terminal du tube digestif, c'est l'anus. D'abord transversale, la fente anale devient tour à tour triangulaire, étoilée et enfin antéro-postérieure, par suite de l'accroissement de ses lèvres ou bords, qui se soulèvent en tubercules tendant à se rapprocher sur la ligne médiane (Gilis).

En résumé, la fusion des deux moitiés postérieures des replis génitaux marchant l'une vers l'autre et s'unissant au bord infé-

rieur de la cloison uréthro-rectale divise, par un processus analogue à celui qui a déterminé la séparation du sinus uro-génital et du rectum, l'orifice cloacal en deux orifices, par lesquels ces deux conduits s'ouvrent ainsi séparément.

3° Longeant le bord externe du corps de Wolff, se trouve une bandelette longitudinale, de couleur blanchâtre, contenant dans son épaisseur deux corps tubulaires : l'un, le plus interne, est le *canal de Wolff*, futur canal excréteur de la glande génitale mâle; l'autre est le *canal de Muller*, qui formera le *conduit utéro vaginal*. Par leur extrémité inférieure, les deux canaux rapprochés de la ligne médiane s'accolent avec les deux canaux correspondants du côté opposé, et l'ensemble des quatre tubes constitue le *cordon génital de Thiersch*.

L'abouchement des canaux de Wolff dans le sinus uro-génital se fait de très bonne heure, avant le cloisonnement du cloaque; il n'en est pas de même de l'abouchement des canaux de Muller. «Il est bon, en effet, de noter que tout d'abord, lorsque le cloisonnement du cloaque vient de se produire, les canaux de Muller ne s'y abouchent pas encore. Langenbacher, Dohrn, Tourneux, ont établi que les canaux de Muller descendent plus tardivement dans la cloison uréthro-rectale; leur abouchement dans le sinus n'est réalisé qu'au milieu du troisième mois[1].»

Pour venir s'ouvrir dans le sillon génital qui va devenir le vestibule, les canaux de Muller, représentés encore par des tubes épithéliaux, sont obligés de s'insinuer, pour ainsi dire, entre le canal de l'urèthre et le rectum, et de descendre côte à côte, comme deux canons de fusil, dans la cloison uréthro-rectale (Retterer). D'abord séparés, les deux tubes de Muller se rapprochent et se fusionnent pour former le *canal utéro-vaginal*. Tourneux a montré que les extrémités inférieures du conduit de Wolff, qui rentrent dans la constitution du cordon génital

[1] Gilis; *loc. cit.*, pag. 341.

de Thiersch, participent à la formation du segment hyménéal du vagin, en se fusionnant avec la portion correspondante des canaux de Muller[1].

En résumé, les canaux de Muller rapprochés dans leur partie inférieure, dont la fusion constituera plus tard le conduit utéro-vaginal unique, arrivent, jusqu'au vestibule (sillon génital), en pénétrant dans le tissu mésodermique qui relie l'urèthre au rectum, après que ces deux derniers organes ont subi leur séparation.

Comment pouvons-nous avec ces données embryogéniques comprendre la production d'un abouchement du rectum à la vulve ou au vagin ?

1° *Abouchements vulvaires* (abouchements anté-hyménéaux).— Normalement, le cloisonnement et l'arrivée du bord inférieur du septum uréthro-rectal au niveau de l'orifice cloacal se placent, en date, avant la soudure des replis ano-génitaux. Normalement aussi, la soudure des moitiés postérieures de ces replis, constituant le rudiment périnéal et le bord antérieur de l'anus, se fait au niveau du bord inférieur du septum uréthro-rectal, en ménageant au-devant du repli post-anal un orifice transversal qui sera l'anus.

Supposons maintenant un trouble dans la production de ces divers actes. L'arrivée du bord inférieur de la cloison uréthro-rectale n'a lieu qu'après que la soudure des replis génitaux s'est déjà effectuée ; d'autre part, cette soudure médiane, au lieu de se faire au point voulu (peut-être à cause même de cette non-descente du septum uréthro-rectal), a commencé trop en arrière, et n'a pas laissé, entre le repli pré-anal et le repli post anal, un espace suffisant pour l'orifice anal : l'oblitération de l'anus en est la

[1] Tourneux et Legay ; Développement de l'utérus et du vagin; etc... *Journ. de l'anatomie*, 1884. Tourneux; Des restes du corps de Wolff, *Bulletin Sc. du Nord*, 1882.

conséquence. La dépression anale délimitée par les replis anal et post-anal, ici seulement trop rapprochés, présentera tout ou partie de ses caractères normaux ; il s'y développera un sphincter externe, puisqu'il prend naissance dans le bourrelet anal. — La cloison cloacale, continuant sa descente tardive, rencontrera donc le périnée déjà formé et l'anus oblitéré. Son bord inférieur, bord antérieur de l'orifice rectal, ne pourra opérer son union avec le repli pré-anal. Dès lors l'orifice rectal, allongé devant le pont périnéal, vient s'ouvrir à la partie postérieure de ce qui reste du sillon cloacal (vestibule), où plus tard déboucheront à leur tour les tubes de Muller. — L'anus vulvaire est dès lors constitué.

Que la descente des canaux de Muller, indépendante du cloisonnement du cloaque et postérieure à ce cloisonnement, ne s'opère pas, et nous avons, en même temps, absence du vagin (observée trois fois). Les organes génitaux externes sont bien formés ; seulement, après avoir franchi l'orifice vulvaire, on tombe immédiatement dans le rectum (cas de Ricord). — Que cette descente s'effectue comme normalement, mais que leur fusion ne s'opère pas : c'est un vagin double, coexistant ou non avec un utérus double, que l'on rencontre avec l'abouchement du rectum à la vulve.

2° *Abouchements vaginaux* (abouchements rétro-hyménéaux). — Leur mode de production est presque aussi difficile à interpréter avec la nouvelle théorie qu'avec l'ancienne.

M. Gilis [1], qui leur consacre quelques lignes, en décrit ainsi la formation. Il faut, dit-il, tenir compte « du cloisonnement cloacal par la soudure des deux replis latéraux, et de l'abouchement tardif des canaux de Muller. En effet, si les replis latéraux du cloaque ne se soudent pas à leur partie inférieure, le rectum s'abouche dans l'urèthre. Les canaux de Muller s'allongent par

[1] Gilis ; *loc. cit.*, pag. 356.

en bas, s'insinuant dans la cloison uréthro-rectale déjà formée et se dirigeant vers le sinus uro-génital. Leurs extrémités inférieures, à l'état de simples tubes épithéliaux, rencontreront donc, à un moment donné, le trou de communication entre le rectum et l'urèthre, d'où abouchement du rectum dans le vagin. La présence d'une membrane hymen en avant de l'anus vaginal se comprend d'ailleurs, si l'on se souvient que l'hymen se développe en partie aux dépens de l'extrémité inférieure des canaux de Wolff ». Comme dans les cas précédents, il s'est produit, quoique M. Gilis ne le dise pas, une évolution vicieuse dans la soudure des replis génitaux, déterminant l'oblitération de l'anus.

En admettant l'origine mulléro-wolffienne du segment hyménéal du vagin, cette théorie peut être acceptée. Elle n'est malheureusement applicable qu'aux anus vaginaux inférieurs, et laisse en dehors les abouchements du rectum dans les points plus élevés de la paroi postérieure du vagin — cas, je le reconnais, excessivement rares.

Ceux-ci échappent encore à toute interprétation embryogénique. Heister avait expliqué ces abouchements pathologiques, en disant que, l'anus étant imperforé, les matières fécales s'ouvraient un passage dans le vagin. On a repoussé bien loin cette explication. Delore [1] (de Lyon), qui la reproduit, ne semble pas éloigné de l'admettre : il déclare « qu'elle ne lui paraît pas dénuée de toute valeur ». Sans lui donner plus d'importance, accordons-lui une mention, en attendant mieux de l'avenir et de l'embryogénie.

[1] Description d'un monstre célosomien aspalasome. *Montpellier médical*, 1860, tom. V, pag. 454.

CHAPITRE II.

Étiologie. — Fréquence.

Si les données de l'embryogénie nous permettent ainsi d'interpréter et d'expliquer le mode de formation des anus vulvaires et vaginaux, nous sommes totalement au dépourvu, lorsqu'il s'agit de déterminer la cause primordiale de cette anomalie. Ici, comme pour toutes les autres dérogations aux formes ordinaires des organes, nous avons tout au plus des indices, des présomptions, mais pas la moindre certitude. Le mystère qui plane sur l'origine des monstruosités est loin d'être dissipé, l'hypothèse règne encore en maîtresse presque absolue, attendant toujours des faits nouveaux qui en établissent le bien-fondé, demandant la lumière en cette nuit.

Certains facteurs cependant semblent pouvoir être incriminés, non sans raison, dans l'étiologie des malformations : j'ai nommé l'hérédité, la dégénérescence ancestrale, la consanguinité, etc.

Les exemples qui démontrent l'influence de l'hérédité abondent, et nous aurions fort à faire, si seulement nous voulions rapporter les principaux [1]. Ce sont là, d'ailleurs, des faits de notion vulgaire, sur lesquels il est dès lors inutile d'insister. Si quelques-unes plus que d'autres : la configuration du crâne, le strabisme, la myopie, les défectuosités des oreilles, du nez, des lèvres, de la voûte palatine, les hernies, l'hypospadias, les dif-

[1] Périer ; Sur l'hérédité des anomalies. *Bulletin de la Soc. d'Anthropologie*, 1861, pag. 19. Lire aussi la remarquable thèse de notre ami, M. le professeur agrégé Combemale (de Lille) : De la descendance des alcooliques. Montpellier, 1888.

formités des doigts et des orteils[1], jouissent de ce triste privilège, toutes les anomalies compatibles avec l'exercice des fonctions génératrices sont susceptibles de se transmettre par la voie de l'hérédité.— Partant, nous pouvons invoquer ce facteur dans l'étiologie des anus vulvaire et vaginal.

C'est là, néanmoins, hypothèse toute gratuite, car, dans aucune des nombreuses observations que nous avons colligées, nous n'avons trouvé ce facteur signalé : jamais n'ont été notées la reproduction de cette anomalie sur les membres d'une même famille, et l'existence de dispositions semblables chez les ascendants. Mais, si hypothétique qu'elle soit à l'égard des anus vulvaires et vaginaux, cette influence de l'hérédité n'en reste pas moins légitime et acceptable, en se rapportant aux analogies. La femme atteinte de ce vice de conformation et capable de procréer (les exemples en sont encore nombreux) peut transmettre à ses descendants immédiats ou éloignés sa défectuosité, tout aussi bien et au même titre qu'elle leur transmettra telle ou telle des anomalies signalées plus haut.

A léguer aux descendants l'anomalie de l'ascendant ne se borne pas l'influence héréditaire. Ce serait mal comprendre le rôle de l'hérédité, que le limiter ainsi à cette étroite formule. Nous savons aujourd'hui quel retentissement fâcheux exerce, sur la progéniture, la dégénérescence des parents — et en particulier la dégénérescence par l'alcool : alcoolisme aigu[2] ou alcoolisme chronique ont été notés dans l'étiologie de maintes malformations. L'influence funeste de l'alcoolisme des parents « porte, chez les enfants, sur le corps et sur l'esprit, se manifeste dans l'état hygide et dans les états morbides ; il n'est *pas de système, pas d'organe qui, à proprement parler, échappe à*

[1] Puech (Alb.) ; Des anomalies de l'homme et de leur fréquence relative Paris, 1871.

[2] Demeaux ; Académie des Sciences, 1er novembre 1860, et Puech, *loc. cit.*, pag. 38.

cette influence ancestrale[1]». A l'ivrognerie du grand-père maternel, MM. Bourneville et Bricon attribuent les malformations multiples de ce monstre qui présentait, à la fois, une ectromélie unilatérale avec rein unique, inclusion de la verge, cloaque recto-vésical et tumeur du périnée[2]. Plus convaincants encore, les résultats expérimentaux obtenus par MM. Mairet et Combemale[3] mettent hors de doute la part de l'alcoolisme, dans la genèse des vices de conformation des descendants.

Une disproportion d'âge très marquée entre les deux conjoints, une primiparité tardive, la consanguinité des parents, paraissent également augmenter la fréquence des anomalies. Les unions consanguines, notamment, ont des inconvénients sérieux : ou la postérité est nulle, ou elle est malingre, délicate, exposée soit à des maladies constitutionnelles, soit à des difformités congénitales (A. Puech). Ne voyons-nous pas, par la statistique de Devay, que, sur 121 unions consanguines, 31 ont donné lieu à des anomalies ?

A mentionner aussi l'influence fâcheuse des grossesses répétées, surtout quand elles se succèdent à des intervalles très rapprochés, et peut-être aussi de la multiplicité des produits. Relativement aux premières, mon père a noté que, sur 330 anomalies, 90 seulement proviennent de femmes à leur première grossesse, tandis que les autres sont fournies par des femmes ayant déjà eu un ou plusieurs enfants[4].

Le silence gardé, dans le plus grand nombre de nos observations, à l'égard des parents ne nous permet malheureusement pas d'établir la réalité de l'influence de ces différents facteurs, sur la production des anus vulvaires et vaginaux. C'est ainsi que nous n'avons pu en relever que six, où soit indiqué l'état de

[1] Combemale ; *loc. cit.*, pag. 90.

[2] Bourneville et Bricon ; Rech. sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, 1887, pag. 195.

[3] Mairet et Combemale ; Académie des Sciences, 13 février 1888.

[4] Puech (Alb.) ; *loc. cit.*, pag. 39.

primiparité ou de multiparité des mères : Trois étaient primipares (Ashbell Smith, Ricateau, Duros); des trois autres, l'une avait eu six ou sept grossesses, qu'elle n'avait jamais pu mener à terme (Puech); la seconde, syphilitique, avait déjà mis au monde sept enfants (Rovillain) ; la dernière avait accouché treize fois, dont cinq d'enfants nés avant terme et morts peu après (Bell). — Enfin, dans une des observations de Melchiori, on ne trouve que la vague mention de parents avancés en âge.

Il nous reste à parler du rôle de l'imagination des femmes enceintes, dans l'étiologie des vices de conformation. Bien qu'on puisse trouver étrange qu'on lui fasse ici une place, alors que tant d'auteurs contemporains professent, à son égard, un scepticisme complet et ne lui accordent même pas une simple mention, nous n'avons pas cru, néanmoins, devoir rejeter d'une façon aussi absolue ce facteur étiologique. Que l'anatomie et la physiologie soient impuissantes à établir scientifiquement le rapport des impressions maternelles sur le développement de l'embryon, ce n'est point une raison pour repousser, de parti pris et sans examen, des faits bien observés, quelque surprenants, quelque en désaccord qu'ils soient avec les données de la science. Bien loin de là, au contraire, nous pensons qu'il est de tout intérêt de les colliger, de les enregistrer avec soin, quitte à attendre de l'avenir une explication qui manque dans le présent. Agir autrement serait, ce nous semble, téméraire.

Certes les faits ne manquent pas. Le Dr Stedman (de New-York)[1], qui a examiné à nouveau la question, a réuni 200 cas environ de malformations, correspondant assez exactement aux malformations idéales de la mère ; à l'inverse même de l'opinion actuellement la plus acceptée, il se déclare porté à admettre que les impressions maternelles jouent un certain rôle pathologique. J'ai moi-même rapporté un fait «d'absence congé-

[1] Chalot; Compte rendu de la Soc. de Méd. et de Chir. pratiques de Montpellier, 1er mars 1887.

nitale de la main gauche», qui pourrait être cité à l'appui du rôle de l'imagination [1].

Nous bornant donc au rôle de froid narrateur, sans nous prononcer personnellement en ce débat, nous relaterons ici l'observation de Fabrice de Hilden, intéressante encore à d'autres titres :

Première observation. — Le 2 mars 1631, naquit à Berne une fille bien portante et assez fortement constituée. Huit jours après sa naissance, on remarqua que l'anus était imperforé et que les excréments sortaient par la vulve. Fabrice de Hilden, consulté, ne trouva aucune trace d'anus ; la défécation avait lieu dans le vagin, sans effort et sans difficulté, par une fistule étroite, et les selles étaient fréquentes. Il en fut ainsi jusqu'à l'automne, époque à laquelle, les matières fécales ne pouvant plus sortir par la vulve devenue trop étroite, il survint des coliques, le ventre se tuméfia, l'enfant s'agita et ne put plus dormir.

Le 11 octobre, Fabrice de Hilden l'opéra : Introduction par la fistule, dans la direction du rectum, d'une grosse sonde cannelée et recourbée, dont l'extrémité libre, munie d'un bouton, fut dirigée en bas vers le périnée; incision de la peau sur le bouton, jusqu'à ce que ce dernier apparût hors de la plaie, suivie de l'agrandissement suffisant de la plaie. Introduction d'une mèche de charpie, puis d'un tube en plomb.

Mais l'évacuation, quoique facile, se faisant par les deux ouvertures, par le vagin pour les matières les plus fluides, par l'anus pour les plus épaisses, F... plaça un double fil à travers l'anus normal et à travers l'anus créé, et tira chaque jour sur les fils jusqu'à ce que les parties intermédiaires fussent coupées. Au bout de quelques mois, l'ouverture anormale se cicatrisa, et le nouvel anus fut si bien représenté qu'il pouvait à peine être distingué d'un anus normal. Plus tard, Fabrice de Hilden ne put retrouver le col de la matrice, et il parut probable que le col de la vessie ne se trouvait pas comme à l'état normal, au-dessous du pubis, mais bien un peu plus profondément, à la place où doit généralement se trouver le col de la matrice. Le clitoris était à peine distinct, et les petites lèvres manquaient également.

La mère attribua à une méprise le vice de conformation dont son enfant était atteinte. Elle raconta que, pendant qu'elle était enceinte, elle était allée voir la fosse aux ours à Berne. Comme elle n'avait jamais vu de ces animaux, elle contempla avec curiosité et avec attention toutes les parties

[1] Puech (P.); *Montpellier médical,* décembre 1886.

de leur corps et principalement leur train postérieur. *N'apercevant pas d'anus, elle fut convaincue que les ours n'en ont pas; elle resta dans cette conviction pendant tout le temps de sa grossesse* (Fabrice de Hilden ; *Arch. de Langenbeck*, tom. VI, 1864).

En définitive, l'étiologie des anus vulvaires et vaginaux se confond avec celle des autres malformations ; elle en partage aussi les obscurités. Incontestées ou contestables, les causes habituellement invoquées dans la production de toute anomalie peuvent être, à leur tour, invoquées à l'égard de celle qui fait l'objet spécial de cette étude.

De chacune de ces causes, il est vrai, nous n'avons pu fournir un ou plusieurs exemples : c'est donc par pure analogie que nous avons rappelé l'hérédité, la dégénérescence des ascendants, la consanguinité... et cru pouvoir, sans trop de témérité, esquisser ce chapitre d'étiologie, en le calquant sur celui des anomalies en général.

Sans être excessivement communes, les atrésies ano-rectales en général sont cependant assez fréquentes : c'est ainsi que le dépouillement de 238,420 naissances a fourni à mon père un total de 38 de ces atrésies [1], ce qui reviendrait à dire que, sur 6,274 enfants environ, il peut se présenter à l'observation un cas d'atrésie de l'anus. La proportion est bien moins élevée, lorsqu'il s'agit d'imperforation de l'anus avec abouchement du rectum à la vulve ou au vagin. Sur ce même chiffre, en effet, de 238,420 naissances, mon père n'a relevé que 3 cas d'anus génital, soit un cas pour 79,474 naissances [2]. De mon côté, sur 450 cas d'atrésies anales rencontrées au cours de mes recherches, j'ai noté 145 observations, où à l'atrésie ano-rectale s'ajoutait l'abouchement du rectum à la vulve ou au vagin ; ce qui

[1] Puech (Alb.) ; *Gazette de Joulin*, 15 novembre 1873, pag. 23.
[2] *Idem* ; Documents inédits.

donne, environ, 1 atrésie avec abouchement vulvaire ou vaginal du rectum pour 3 atrésies simples, et, en d'autres termes, 1 cas sur 18,822 naissances.

L'écart est notable, on le voit, et la fréquence des anus vulvaire et vaginal devrait être considérée comme beaucoup plus grande, si l'on se rapportait à cette dernière manière de compter. Je la crois propre à induire en erreur, et je la repousse, pour deux raisons : d'abord, on ne publie pas tous les cas d'atrésie simple, tandis que ceux qui nous occupent, vu leur rareté relative, sont bien moins négligés ; ensuite, j'ai fatalement laissé échapper des exemples d'atrésies anales pures, ce que je suis à peu près sûr de n'avoir point fait pour l'anomalie étudiée ici.

Je crois donc de tous points préférable, si l'on voulait avoir une idée assez exacte de la fréquence relative des abouchements anormaux du rectum à la vulve et au vagin, d'adopter la première manière de faire, et de baser ce calcul sur un chiffre suffisamment respectable de naissances considérées indistinctement.

Encore même faut-il tenir compte de la part du hasard, qu'il est toujours bon, en pareille matière, de ne point négliger : ne voyons-nous pas, par exemple, pour établir le degré de fréquence des atrésies ano-rectales, les chiffres les plus divers être mis en avant? Giraldès [1] nous dit que, dans l'espace de huit années, 26 enfants atteints d'imperforation ont été traités à l'hôpital des Enfants malades, et que, dans une seule année, 10 imperforations ont été opérées par lui ; d'autre part, le professeur Moreau affirmait devant l'Académie de Médecine que, dans une pratique nosocomiale de quarante années, il n'avait observé à la Maternité de Paris que 4 cas d'atrésie. Tandis que Couture (du Havre), sur un chiffre de 3,500 accouchements faits par lui, en rencontrait 3 cas ; Collins, pendant son exercice à la Maternité

[1] Giraldès ; Art. *Anus*, in *Dict. de Jaccoud*, tom. II, pag. 614.

de Dublin, n'en a rencontré qu'un seul cas sur 16,654 enfants ; et, de son côté, le Dr Lohrer n'a observé que 2 imperforations sur 50,000 enfants nés à la Maternité de Vienne.

Il est donc difficile de tirer une conclusion précise, relativement au degré de fréquence de l'anomalie que nous étudions : même avec des chiffres élevés, même avec des données en apparence mathématiques, nous hésitons à nous prononcer trop catégoriquement : trop de facteurs entrent en jeu, qui pourraient, à un moment donné, renverser les résultats que nous aurions cru légitime de baser sur les données statistiques.

CHAPITRE III.

Anatomie pathologique.

I. — Description de l'orifice anormal, du trajet fistuleux et de la région anale.

C'est par la description de l'orifice anormal que doit commencer ce chapitre : sur sa situation repose, en effet, la division des abouchements congénitaux du rectum en vulvaires et vaginaux ; de sa manière d'être, ainsi que nous le verrons plus tard, dépend, en quelque sorte, presque toute la symptomatologie.

Que l'on admette, avec Budin et les accoucheurs modernes, que l'hymen est formé par «l'extrémité antérieure du vagin faisant saillie sur la muqueuse vulvaire entre les petites lèvres»; qu'on le considère, avec la plupart des auteurs, comme un repli de la muqueuse vulvaire fermant plus ou moins complètement l'entrée du vagin ; qu'on lui attribue une origine wolffienne (Tourneux) ou ectodermique (Pozzi), il n'en reste pas moins établi que cette membrane constitue la ligne de démarcation entre la vulve et le vagin. Or, l'abouchement de l'intestin peut se faire en avant ou en arrière de l'hymen et à une distance plus ou moins considérable ; de là, la division en anus vulvaires et anus vaginaux. Le fait d'Ammon rapporté plus loin[1] est, pour ainsi dire, intermédiaire, puisque la perforation siégeait à l'endroit même où s'insère l'hymen.

Ce classement des abouchements anormaux du rectum en

[1] Observ. XXXI.

deux groupes, logique en vérité, n'a pas l'importance qu'on pourrait lui supposer tout d'abord.

De sa situation anté ou rétro-hyménéale, l'orifice anormal du rectum ne tire, en effet, aucun caractère spécial, ou suffisant, en tout cas, pour qu'il y ait utilité à scinder son étude anatomique.

On peut donc ne pas tenir compte de cette distinction, et confondre dans la même description anatomique, comme nous le ferons pour la description symptomatique, les anus vulvaires et vaginaux.

Quel que soit le siège, les dimensions de l'ouverture anormale varient grandement, non seulement chez les adultes, mais même encore chez les enfants observés peu après la naissance, alors que le passage journalier des fèces n'a pas sensiblement modifié, en les dilatant, les rapports naturels des parties. C'est ainsi que, chez ces derniers, cet orifice peut être en quelque sorte capillaire, au point de ne laisser échapper qu'avec peine les gaz intestinaux ou la partie la plus fluide du méconium; tandis que, d'autres fois, il admet facilement l'extrémité du petit doigt. En général, pourtant, il n'a, chez les enfants, ni ces exiguïtés ni ces capacités extrêmes, et, dans la majorité des cas, on lui trouve assigné comme dimension le calibre d'une sonde de femme. Les mêmes différences de diamètre s'observent chez l'adulte ; sa moyenne mesure y est cependant représentée par l'index.

La forme et l'aspect de l'anus anormal ne sont pas moins variables que les dimensions.

D'ordinaire arrondi, il revêt, dans quelques cas, la forme d'une ellipse allongée transversalement, à laquelle on peut considérer deux lèvres, une supérieure et une inférieure, et deux commissures (Duros, Rovillain).

Dans la manière d'être de ses bords, résident les différences d'aspect offertes par l'orifice : tantôt et le plus souvent facilement appréciable sous la forme d'une ouverture arrondie, lisse et béante à fleur de muqueuse ; il est, d'autres fois, du fait de

leur disposition valvulaire, caché, au point de se dérober tout d'abord aux recherches (Duros, Nagel), ou réduit à un pertuis étroit s'ouvrant au centre d'une sorte de papille saillante, d'une petite masse champignonneuse due à leur saillie exagérée (Melchiori, Howship, Guillon, Ashbell Smith). Quelques auteurs lui ont trouvé une coloration rouge plus foncée, tranchant sur la coloration plus pâle des parties voisines. Rovillain a noté, à son niveau, l'existence de rides; Amabile, des stries rosées longitudinales.

Dans la très grande majorité des cas, l'abouchement anormal a lieu au niveau des organes génitaux externes, en avant de l'hymen : la fourchette et la fosse naviculaire sont ses sièges de prédilection. On le rencontre, cependant, en arrière de l'insertion hyménéale, ainsi que le démontrent de rares mais incontestables exemples. La plupart des observations, malheureusement muettes sur le siège exact de l'orifice anormal, ne peuvent servir à en établir la fréquence relative ; encore moins, celles qui ne contiennent que la vague mention de « matières s'écoulant par la vulve ou le vagin». Toutefois, le dépouillement de 47 observations suffisamment détaillées donne 42 abouchements vulvaires pour 5 abouchements vaginaux.

Et même, abstraction faite des deux cas de Bauer et de Grynfeltt, où les rapports de l'orifice anormal avec l'hymen sont nettement indiqués, les trois autres cas d'anus vaginaux prêtent à la critique ; la relation de Depaul (il s'agit d'un anus vaginal supérieur) ne dit rien, relativement à l'existence de l'hymen et de l'utérus (Obs. VII) ; la description de Krauss est confuse (Obs. XII) ; enfin Smith (Obs. CXXXIV), après avoir noté l'abouchement du rectum à la partie postérieure et supérieure du vagin, déclare n'avoir pu convenablement constater l'existence du museau de tanche et de l'utérus, et, comme Depaul, ne parle pas de l'hymen. — On peut donc légitimement se demander si, en l'espèce, il ne s'agirait pas plutôt d'une persistance du cloaque

avec non-descente des canaux de Muller, le rectum s'ouvrant dans le cloaque en avant du vagin, comme dans les cas d'anus vulvaires.

Cet orifice, unique[1], donne accès, tantôt directement dans le rectum, tantôt dans un canal de communication de longueur et de largeur variables, s'ouvrant lui-même dans l'intestin terminal dont il n'est que le prolongement, la partie rétrécie. — A ces deux modes de communication correspondent deux états différents du conduit rectal : dans le premier, le rectum, au lieu de se porter vers la concavité du sacrum, reste constamment adossé au canal vaginal jusqu'au point, plus ou moins élevé suivant les cas, où il s'ouvre dans ce dernier ; dans le second, le rectum, après avoir occupé sa situation normale et s'être rapproché plus ou moins du périnée, s'incurve en avant, pour venir s'aboucher, comme dans les cas précédents, avec les voies génitales. A vrai dire, pareille distinction est cependant loin d'être toujours aussi nettement établie : il est des cas intermédiaires qui permettent de passer de l'une de ces dispositions à l'autre par d'insensibles transitions.

On comprend, dès lors, combien variable de longueur, de forme, de direction peut être le canal de communication.

Relativement à la longueur, Rovillain a constaté, chez une fille de 13 ans, l'élargissement progressif de l'intestin jusqu'à une hauteur de 5 à 6 centim. ; Birnbaum a trouvé un canal long de 3 centim., tandis que, dans certains cas, cette longueur dépasse à peine l'épaisseur réunie de la paroi postérieure du vagin et de la paroi antérieure du rectum (Naudin). Ces différences de longueur, auxquelles l'âge du sujet n'est peut-être pas étranger, tiennent plus encore au mode de terminaison de l'intestin et à son éloignement plus ou moins grand du périnée.

[1] Seule, l'observation de Papendorf (Obs. CXII) mentionne un double orifice de communication. Le manque de détails lui enlève malheureusement tout intérêt anatomo-pathologique.

Les variétés de formes affectées par le canal de communication sont également sous la dépendance du mode de terminaison de l'intestin. Tantôt, en effet, l'intestin se rétrécit progressivement à partir d'un point plus ou moins élevé de sa terminaison jusqu'au niveau de son abouchement anormal ; tantôt, au contraire, il semble se terminer brusquement par une portion dilatée en cul-de-sac, une sorte d'ampoule, à laquelle fait suite la portion rétrécie, qui en établit la communication avec les organes génitaux. Dans le premier cas, le canal intermédiaire étendu de l'orifice anormal à la portion régulièrement calibrée du rectum est infundibuliforme, et son origine supérieure est difficilement appréciable ; dans le second, au contraire, le canal de communication a dans toute son étendue un calibre sensiblement égal, à partir du point où il se détache nettement de l'ampoule rectale.

Faisons remarquer, en passant, que l'ampoule rectale n'a été que rarement, et peut-être même jamais constatée dans l'enfance. Son développement ultérieur, lorsqu'elle existe, est dû au rétrécissement de l'orifice anormal, qui force les matières à s'accumuler dans les parties bien calibrées de l'intestin situées au-dessus.

La direction de ce canal n'est pas moins variable que sa longueur et sa forme : tantôt, il se dirige assez directement de l'intestin vers son point anormal d'abouchement ; tantôt, il décrit une courbe plus ou moins considérable avant d'aboutir à ce dernier.

La structure est naturellement la même que celle du rectum. Dans quelques cas, ses parois présentent cependant une épaisseur plus considérable. Mammel[1], à l'autopsie de l'enfant offert à son examen, a reconnu la nature musculeuse de cet épaississement, auquel Wagner[2], dans son observation, assigne le double de ses dimensions ordinaires. — A l'intérieur, ce canal est

[1] Observ. LCVIII.
[2] Observ. CXLII.

tapissé par un revêtement muqueux, qui présente tous les caractères propres à celui que l'on trouve à l'extrémité terminale de l'intestin.

Pour être un caractère constant, l'imperforation de l'anus n'empêche point l'existence de quelques-uns des caractères accessoires de la région anale.

Ainsi, dans quelques exemples, on a toutes les apparences d'une disposition régulière, si bien qu'au premier abord on pourrait croire à une bonne conformation : il existe une dépression cutanée arrondie, présentant les plis radiés et la coloration brunâtre habituels à l'orifice anal ; ce n'est qu'après avoir procédé à une exploration plus attentive, écarté les plis de ce faux anus, introduit une sonde ou le doigt, bientôt arrêtés par cet infundibulum plus ou moins profond, que l'on a reconnu son erreur (Gibert, Melchiori, Piering).

Dans la majorité des cas, la région anale n'est plus aussi accusée : au lieu et place de l'orifice, il existe une simple dépression ovalaire, superficielle, un léger enfoncement (Rizzoli, Jeannel), au niveau duquel la peau, par laquelle il est constitué, peut présenter, tantôt une pigmentation marquée (Tuck), tantôt une sorte de tissu cicatriciel qui donne à cet endroit une couleur plus mate (Ammon), tantôt une coloration rougeâtre qui, jointe à son amincissement, rappelle assez une muqueuse ténue (Duros). D'autres fois, c'est un bourrelet, une saillie mamelonnée (Scheiber) une petite élevure cutanée (Queirel), un tubercule de la grosseur d'un pois et de consistance cartilagineuse (Deutsch), un repli cutané (Bryk), simulant une crête (Rizzoli), qui indiquent le siège que devrait occuper l'anus normal. Les cas de Guillon et de Melchiori méritent une mention spéciale : ces deux auteurs, en effet, ont noté l'existence, à la place habituelle de l'anus, d'une tumeur molle, pédiculisée, de la grosseur d'un œuf de dinde dans le premier cas, d'une noisette dans le second, et constituée

par de la graisse. — Ici, c'est une simple tache brunâtre (Ashbel Smith), de la grandeur d'une pièce de un franc, irrégulièrement radiée et dépourvue de poils (Ricord), qui dessine l'emplacement de l'anus absent. — Enfin dans une dernière catégorie de faits on trouve notée l'absence complète de toute dépression ou de coloration, indiquant le point qu'il aurait dû occuper : il n'y a, en un mot, aucune trace extérieure d'anus (Page, Lettson, Rhéa Barton, Hargraeve, Mutter) ; à son niveau, la peau de la région anale est absolument naturelle (Hatterer).

II. — Des sphincters ano-rectaux et du péritoine pelvien.

Quels changements dans la distribution normale des premiers, dans la disposition du second autour des organes du petit bassin apporte l'existence de ce vice de conformation ? La solution de ces deux points a, dans le cas particulier, un intérêt et une utilité incontestables.

Jusqu'ici, l'histoire anatomo-pathologique des anus vulvaires et vaginaux a été œuvre facile : des constatations, pour la plus grande part, faites sur le vivant en ont fourni les matériaux. Pareille source est actuellement insuffisante ; c'est à l'examen cadavérique et aux autopsies qu'il faudrait surtout recourir. Et malheureusement les nécropsies sont rares ; encore, manquent-elles le plus souvent de détails.

1° Des sphincters ano-rectaux. — 1° *Preuves anatomiques.* — Quoique les plus importantes, elles sont aussi les moins nombreuses.

A. — A vrai dire, nous ne possédons qu'une seule *preuve anatomique directe :* elle nous est fournie par la dissection du périnée d'une des malades de Rizzoli [1], morte d'hépatite rebelle,

[1] C'est la malade de l'observation cxxiii.

après avoir joui, longtemps après l'intervention, d'une santé excellente et sans avoir éprouvé la moindre incommodité dans la région opérée. Je reproduis tel quel ce document capital [1].

«L'examen de la cavité pelvienne démontre, tout d'abord, que le vagin, l'utérus et ses dépendances étaient dans l'état normal et en parfaits rapports avec la vessie, le rectum et les parties voisines. La fente des fesses s'étendait en droite ligne de la pointe du coccyx à la vulve. A gauche et un peu en dehors de la fente, l'on retrouve l'espèce de crête qu'on avait observée à côté de la ligne médiane du périnée avant l'opération, et l'on reconnut qu'elle était constituée par un petit paquet de tissu vasculaire.

Vers la région anale, la peau, fournie de quelques poils exigus, s'infléchissait en dedans, dans l'étendue de 4 millim., pour tapisser l'ouverture du nouvel anus, en se continuant plus haut avec la muqueuse rectale, munie de crêtes longitudinales. L'orifice anal du rectum se trouve fixé dans sa région normale et était séparé de l'orifice vaginal par un tissu cicatriciel compact.

Après l'enlèvement de la peau, l'on retrouva les traces de l'entre-croisement musculaire en forme de 8 de chiffre, que font chez la femme les muscles du périnée ; en disséquant ces muscles, ainsi que les élévateurs de l'anus, l'on remarqua qu'ils avaient un plus grand développement à gauche. *Le sphincter externe était manifeste* et situé dans sa région ordinaire, avec cette différence, pourtant, que les faisceaux, partant du coccyx et séparés en deux branches, au lieu d'embrasser directement l'extrémité du rectum, embrassaient la portion de peau qui s'infléchissait dans l'anus; la branche droite rejoignait antérieurement le muscle constricteur du vagin du même côté, en se confondant avec lui ; quelques faisceaux s'inséraient dans le tissu compact cicatriciel interposé entre le rectum et le vagin ; la branche gauche se continuait, presque en totalité, avec les

[1] Reibel ; *Gazette méd. de Strasbourg*, 1er novembre 1873, pag. 230.

faisceaux correspondants du constricteur vaginal. Les deux muscles transverses conservaient la marque de leur division, presque exactement sur leur ligne d'union.

Pour examiner ensuite l'intestin rectum en place, on détacha l'os iliaque droit avec toutes ses parties molles, et l'on vit alors que, de ce côté, l'intestin était un peu plus gros qu'à l'ordinaire et suivait exactement la courbure du sacrum, pour déboucher dans la région anale.

En outre, la tunique fibreuse externe était notablement épaisse, surtout au niveau du tissu cicatriciel sus-mentionné, avec lequel elle se confondait et d'où elle repartait pour embrasser le vagin. A l'œil nu, les autres couches du rectum semblaient aussi un peu plus épaisses qu'à l'ordinaire.

» Ayant examiné successivement des tranches faites sur la portion inférieure du rectum, la peau infléchie y comprise, tranches perpendiculaires à l'axe de l'intestin et prises tant sur ses côtés qu'en arrière, l'on reconnut, à l'aide d'un léger grossissement, que la peau infléchie dans l'anus était munie de papilles et de quelques follicules pileux, que le tissu connectif sous-cutané était peu abondant, et qu'immédiatement apparaissaient les faisceaux du sphincter externe, coupés en travers et séparés entre eux par des cellules de graisse. L'on découvrit, en outre, une espèce de mamelon circulaire recouvert d'épithélium, qui indiquait la limite entre la peau et l'intestin, dont la muqueuse, ainsi que le tissu sous-muqueux, n'offrait rien de particulier. Au-dessus de cette limite, commençaient à apparaître des faisceaux musculaires circulaires, également taillés en travers, *formant le sphincter interne*. A l'extérieur des mêmes faisceaux, l'on rencontrait la tunique musculaire à fibres longitudinales, qui commençait à être très grêle à proximité de la ligne mamelonnée susdite, mais gagnait en grosseur, à mesure qu'elle montait plus haut. Mais ce qui, à première vue, sembla singulier, c'était la présence de trois gros faisceaux musculaires, situés à la distance de 6 millim.

de l'orifice de l'intestin, en dehors de la tunique à fibres longitudinales, et ayant l'air d'être disposés circulairement; un examen plus attentif fit reconnaître que c'étaient des faisceaux obliques, contribuant à renforcer la tunique formée de fibres longitudinales. »

En définitive, l'ouverture rectale s'ouvrant dans la vulve était munie d'un sphincter, qui n'était autre que le sphincter propre du rectum remis en place par l'opération; au niveau de la place qu'aurait dû occuper normalement l'anus, s'était développé séparément le sphincter externe, bien que le bout inférieur de l'intestin se fût égaré ailleurs avec son sphincter propre.

Relativement à l'existence d'un sphincter externe, les constatations relevées au cours des opérations apportent un contingent de preuves de la même catégorie. Et de fait, les renseignements donnés par ces véritables autopsies sur le vivant n'ont pas moins de valeur que ceux fournis par l'examen nécropsique. Aussi les affirmations d'Hatterer, de Faure, de Guillon, de Rizzoli, d'Osterloh, de Bompaire, d'Amabile, de Jeannel, à cet égard, méritent-elles d'être retenues.

B. — A cet ordre de preuves anatomiques que nous avons qualifiées de directes, vient s'en ajouter une catégorie nouvelle. Elles sont le résultat de constatations anatomiques, mais proviennent d'anomalies similaires. A la fois, pour en rappeler l'origine, et par opposition aux précédentes, on les a groupées sous la désignation de *preuves anatomiques indirectes.*

Dans un cas d'anus uréthral, Bernard [1] a observé un sphincter à l'extrémité du rectum; le muscle était constitué par quelques fibres pâles, disposées circulairement et venant s'attacher derrière le pubis.

En 1849, Blot [2] a montré à la Société de Biologie un anus

[1] Bernard; Exposé des travaux de la Société des Sc. méd. de la Moselle, 1846.
[2] Blot; Comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie, pag. 147, 1849.

anormal pris sur un enfant nouveau né, mort d'érysipèle. L'anus siégeait à la partie moyenne du scrotum. «Là où aurait dû exister l'anus, on voyait très distinctement un anneau musculaire, qui n'était autre que le sphincter inférieur. Il était important de démontrer formellement l'existence de cette disposition, car, si elle se retrouvait dans tous ou plusieurs cas analogues, on pourrait, avec plus de confiance, pratiquer un anus artificiel là où devrait exister l'anus naturel, puisque l'opéré aurait la chance de n'être plus soumis à l'affreuse infirmité qui consiste dans l'incontinence des matières fécales. »

Gosselin présenta à la Société de Chirurgie, en 1851, une pièce d'anatomie pathologique d'anus imperforé. On y voyait nettement le sphincter très développé.

Bouisson [1] a eu l'occasion de disséquer une pièce à lui fournie par Depaul, et concernant une imperforation du rectum : le sphincter de l'anus occupait sa place ordinaire. En outre, les fibres du muscle releveur de l'anus purent être constatées avec leurs caractères habituels.

Friedberg [2] fit l'autopsie d'un opéré pour abouchement scrotal du rectum, guéri par la proctoplastie. Il déclara que l'anus nouveau n'aurait pu être distingué d'un anus normal. A sa partie supérieure, les fibres circulaires du rectum étaient si fortement développées, qu'elles représentaient un véritable sphincter interne ; les muscles du périnée ne paraissaient pas plus faiblement développés.

Koch relate l'observation d'un enfant à terme atteint d'imperforation du rectum, avec abouchement anormal de ce dernier sous le scrotum. A l'autopsie, il trouva le sphincter à sa place normale et ayant son développement habituel [3].

[1] Bouisson ; Des vices de conformation de l'anus et du rectum. Paris, 1851, pag. 56.

[2] Friedberg ; *Archiv. génér. de Médecine*, 1857, pag. 365.

[3] *Monatschrift f. Geburtshülfe*, Bd. XXXI, pag. 18.

Dans une observation d'imperforation de l'anus, Goyrand [1] a reconnu l'existence du sphincter externe plus grand même qu'à l'ordinaire, « comme si, ajoute-t-il, ce faisceau avait attiré à lui les matériaux qui auraient dû servir à la formation et au développement de l'ampoule rectale ». Il décrit, en outre, la disposition parallèle des faisceaux qui formaient un plan charnu quadrilatère.

Godard [2], dans un cas où le rectum venait s'aboucher dans l'urèthre, put très bien reconnaître le sphincter externe, qu'il disséqua. Les fibres qui le constituaient, étaient très apparentes ; le muscle avait 1 centim. de hauteur.

Enfin, Smith [3], au cours d'une opération faite pour remédier à une imperforation du rectum, a reconnu le muscle sphincter interne plus épais qu'à l'ordinaire.

2° *Preuves cliniques.* A nous en rapporter aux affirmations d'un certain nombre d'observateurs, la présence des fibres musculaires, autour de l'orifice contre nature et au niveau de la région anale, leur aurait été révélée par l'exploration des parties.

Rizzoli a constaté, dans une de ses observations, des contractions manifestes de l'anus vulvaire provoquées par l'application du froid. Dans un autre de ses cas, cet orifice était doué de contractions spontanées.

Dans le cas d'Amabile, on percevait, au niveau de la région anale, un mouvement obscur de contraction, rendu beaucoup plus manifeste quand on touche ce point avec l'extrémité d'une sonde, ou si l'on y laisse tomber un filet d'eau froide, et, mieux encore, si l'on fait passer un courant électrique. Les mêmes moyens explorateurs ne provoquèrent, il est vrai, aucune contraction au niveau de l'anus anormal.

[1] Goyrand ; *Journal hebdomadaire*, tom. III, pag. 245, 1834.
[2] Godard ; Société de Biologie, juillet 1855.
[3] Smith ; *The Lancet*, 1846.

Hill admet, chez sa malade, un sphincter autour de l'orifice fistuleux, car le doigt peut percevoir une sorte de contraction.

Tuck, de son côté, déclare avoir constaté l'existence d'un sphincter un peu lâche fermant l'anus vaginal, mais complètement sous le contrôle de la malade ; tandis qu'au-dessous de la peau fortement pigmentée, qui occupait la place de l'anus normal, on sentait un sphincter.

Pareille constatation pour l'orifice vulvaire a été faite par mon père, chez la femme de l'Obs. XXXIII.

Nous verrons, dans la suite, les résultats fournis par l'intervention. Il n'est point indifférent toutefois d'en souligner ici la conséquence habituelle : le fonctionnement normal de l'anus rétabli en son lieu ordinaire, c'est-à-dire la faculté de rétention et d'expulsion des matières fécales soumise à la volonté. Pareil résultat vient encore à l'appui de l'existence des sphincters ano-rectaux. Tout en étant prêt, en effet, à admettre avec Rizzoli, pour expliquer dans certains cas l'absence d'incontinence alvine, l'action du troisième sphincter décrit par Houston; à accorder même, avec Tuengel[1], une part à la résistance opposée à l'issue involontaire des fèces par l'ouverture artificielle rétrécie ; à faire jouer, avec Budge[2], un rôle de suppléance au releveur de l'anus, nous nous refusons à leur reconnaître, dans tous les cas, ce rôle bienfaisant; dans le plus grand nombre, seule, la présence des sphincters ano-rectaux constitue la condition nécessaire du régulier fonctionnement des fèces.

En résumé, l'examen des faits qui précèdent nous autorise à conclure à l'existence possible de fibres sphinctériennes au niveau de l'embouchure du rectum dévié et de la région ano-périnéale, et à la fréquence, contrairement aux dires de Tuengel, de cette disposition. Nul doute que la légitimité de cette der-

[1] Tuengel ; *Die kunstliche afterbildung*. Kiel, 1853.
[2] Budge ; *Berlin. klin. Wochens*, 5 juillet 1875, n° 27.

nière assertion n'eût trouvé d'autres preuves encore, si les observateurs eussent été moins silencieux à cet égard.

2° Du péritoine pelvien. — Après avoir revêtu la région postérieure et les régions latérales de la vessie, la face antérieure et le fond de l'utérus, le péritoine descend sur la face postérieure de cet organe et le quart supérieur de la paroi postérieure du vagin, pour de là se réfléchir sur la face antérieure du rectum et gagner sa face postérieure, par un trajet très oblique de bas en haut et d'avant en arrière. Ainsi existe sur la paroi antérieure du rectum, entre son extrémité inférieure et la partie où se réfléchit le cul-de-sac vagino-rectal, une hauteur de 4 à 5 centim., plus grande encore sur la paroi postérieure, dépourvue totalement de péritoine.

Ce libre champ, sur lequel le bistouri du chirurgien peut être porté sans danger pour le péritoine, reçoit-il, de l'existence d'un abouchement du rectum à la vulve ou au vagin, des modifications dangereuses ou propices à l'intervention? Nous posons la question sans espoir de la résoudre, car nous n'avons trouvé nulle part d'autopsies de sujets atteints de pareille anomalie, où la disposition de la séreuse ait été relevée. Nous ne pouvons pas davantage conclure par analogie. Ce point d'anatomie tératologique, resté longtemps obscur, n'a point encore reçu, malgré les quelques recherches entreprises à son endroit, tous les éclaircissements désirables.

Lobligeois, qui a étudié les rapports du péritoine chez les petits garçons, l'a vu se réfléchir sur la vessie au niveau du détroit supérieur : le cul-de-sac recto-vésical était élevé de 45 millim.[1].— Dans un cas de Godard, il était situé à 22 millim. du plancher périnéal[2]. — Debout a trouvé que la séreuse des-

[1] Lobligeois ; De l'oblitération congénitale des intestins. Thèse. Paris, 1856, n° 259.

[2] Godard ; Comptes rendus de la Société de Biologie, 1855, tom. II, pag. 101.

cend plus ou moins bas, suivant l'étendue de l'absence du rectum, et qu'elle accompagne en général ce dernier, quand il descend vers la vessie ou le vagin [1]. — Trélat donne le conseil de s'arrêter, de peur de léser le péritoine, lorsqu'on arrive en arrière de la vessie ou de l'utérus à une profondeur de 6 ou 4 centim., sans atteindre le rectum [2].

Encore ces vagues renseignements n'ont-ils trait qu'à des cas d'imperforation congénitale du rectum, une partie plus ou moins considérable de ce dernier faisant défaut.

Les remarques de Brouardel se rapportent à un cas offrant plus de ressemblance avec ceux étudiés ici : il s'agit d'une communication du rectum et de l'urèthre, chez un enfant mâle. Malheureusement, ni plus explicites ni plus précises, elles nous apprennent simplement «que le cul-de-sac recto-vésical ne descend pas aussi bas qu'à l'ordinaire [3]». Ce renseignement, tout au moins rassurant, mérite d'être rapproché des assertions formulées par Goyrand à l'égard des rapports que présente le péritoine avec l'intestin, dans ses diverses variétés d'atrésie : «Si le rectum, nous dit cet auteur, occupe la cavité pelvienne, le cul-de-sac recto-vésical du péritoine se trouve situé très loin de la partie de l'intestin qui doit être ouverte, dans l'opération pratiquée par la région ano-périnéale [4]...»

A défaut de preuves anatomiques, directes ou indirectes, les déductions cliniques plaident en faveur de cet éloignement du péritoine, et de sa mise hors portée des atteintes instrumentales, dans une étendue suffisamment grande : nous voyons, en effet, par la lecture des observations, qu'il n'a jamais été intéressé au cours des opérations, et qu'à vrai dire le chirurgien n'a jamais eu à s'en préoccuper.

[1] Debout ; *Bull. de thérapeutique*, tom. XLIX, pag. 105, 1855.
[2] Trélat ; Art. *Anus*, in *Dict. Encyclop.*, tom. V, 1re série.
[3] Brouardel ; *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, tom. V, 2e série, pag. 286.
[4] Goyrand ; *Gazette médicale de Paris*, 1856, pag. 540.

Cette dernière constatation pourrait paraître à d'aucuns pratiquement suffire. Tout en en tenant compte au besoin, on ne peut s'empêcher de regretter ce défaut de notions plus précises et plus exactes. On devait toutefois signaler cette lacune, pour provoquer, des observateurs de l'avenir, des recherches destinées à la faire disparaître.

III. — Des malformations coexistantes.

Il n'est point rare de trouver mentionnée, avec l'abouchement du rectum à la vulve et au vagin, l'existence d'une ou de plusieurs autres anomalies : sur les 145 cas, qui ont servi de base au présent travail, pareille complication a été relevée 21 fois.

Ces anomalies surajoutées sont des plus diverses. Elles varient avec chaque observation, et n'ont rien de bien caractéristique : c'est ainsi que, non seulement les appareils de la génération et de la digestion, mais aussi tous les autres organes, tous les différents systèmes de l'économie, peuvent être conjointement intéressés. Et encore, dans notre relevé, ne figurent point les cas où l'existence d'anomalies multiples et profondes fait de l'enfant ainsi affecté un véritable monstre, incapable de vie, et chez lequel, en définitive, l'abouchement anormal n'occupe qu'une place secondaire. S'ils ne manquent pas d'intérêt, ils sont totalement dépourvus d'importance pratique [1].

A nous en tenir donc aux seuls faits, auxquels on a cru devoir rationnellement donner place dans cette étude, on note que la malformation coexistante affectait :

Les organes génitaux, 22 fois (9 fois l'utérus, 12 fois le vagin et la vulve, 1 fois les ovaires) ;

L'appareil urinaire, 3 fois (2 fois le rein, 1 fois l'uretère);

Le bassin et la colonne vertébrale, 4 fois ;

[1] La plupart ont trait à des cas de cloaques complets. On se propose d'en faire plus tard l'étude.

La face et le crâne, 2 fois ;

Les membres, 5 fois ;

L'appareil circulatoire, 2 fois.

Ce total de 38 malformations surajoutées, offertes par les sujets porteurs d'un abouchement vulvaire ou vaginal du rectum, est fourni par 21 cas ; c'est dire que deux ou plusieurs d'entre elles se trouvaient réunies, sur le même individu. Et de fait, nous ne comptons que 9 cas où la malformation supplémentaire était unique. Dans 8 autres cas, il en existait 2 ; on en comptait 3 dans 3 cas ; dans 1 cas, le chiffre s'élevait à 4.

A part le cas suivant, où les deux extrémités du tube digestif étaient atteintes simultanément, puisqu'à la malformation de l'anus venait s'ajouter un bec-de-lièvre unilatéral :

Obs. II. — Enfant née, au terme de huit mois, d'une femme mariée qui n'avait jamais eu jusque-là que des fausses couches (6 à 7). La lésion anale fut constatée peu après la naissance par la sage-femme, qui cherchait à lui administrer un lavement. L'enfoncement de l'anus existait à sa place ordinaire, mais il n'était point perforé. L'ouverture anormale siégeait à la commissure postérieure de la vulve, immédiatement en avant de l'insertion de l'hymen. Elle admettait facilement la canule d'une seringue d'enfant et donnait issue aux matières fécales, sans efforts ni coliques préalables. La défécation se faisait, pour ainsi dire, d'un seul trait et non goutte à goutte comme lorsque le canal de communication est étroit. A la malformation de l'anus s'ajoutait en outre *un bec-de-lièvre unilatéral.*

En raison de l'écoulement facile des matières, la création d'un anus fut différée et renvoyée à l'époque où l'enfant serait plus apte à supporter la conséquence du traumatisme chirurgical ; le moment n'est point venu. La mère, qui avait plus de bonne volonté que de lait, l'avait soumise depuis quelques jours au régime détestable des soupes ; il en résulta une indigestion qui enleva cette enfant à l'âge de cinq semaines (A. Puech ; *Gazette de Joulin,* 15 nov. 1873, pag. 24).

ces diverses combinaisons sont très variables et ne prêtent à aucune considération particulière. C'est une anomalie du rein coexistant avec une anomalie de l'utérus :

Obs. III. — Formation cloacale incomplète. Le rectum s'ouvre dans la paroi postérieure du vagin entre les caroncules myrtiformes au moyen d'un bourrelet en forme de valvule. A la place de l'anus normal se trouve une saillie mamelonnée. Conjointement: *absence du rein droit et de la capsule surrénale correspondante* ; hypertrophie compensatrice du rein gauche. *Utérus bicorne* (Scheiber; *Observ. med. Jahrb.*, 1875).

Une anomalie des organes génitaux externes avec une anomalie portant sur les pièces osseuses du bassin et malformation de ce dernier :

Obs. IV. — Femme de 23 ans, primipare. La vulve est extraordinairement longue (7 centim. 1/2) et présente en arrière une largeur anormale, de telle sorte que, dans le décubitus dorsal, la partie postérieure des parties génitales affleure le plan du lit. L'extrémité antérieure des parties génitales est éloignée du bord inférieur de la symphyse de 8 centim. (normalement, chez la primigère cette distance est de 4 à 5 centim.), l'extrémité postérieure se trouve à 2 centim. 1/2 en arrière de la ligne qui unit les tubérosités ischiatiques. *La grande lèvre du côté gauche est plus grande que celle du côté droit.* Débris d'hymen.

Il n'y a pas, à la place habituelle, d'ouverture anale; en cet endroit, dépression superficielle avec plis radiés de la peau. Si l'on écarte les lèvres, on voit deux ouvertures: la supérieure est celle du vagin, l'inférieure, correspondant à l'orifice anal, se trouve dans la fosse naviculaire.

Le sacrum, anormalement court, ne permet de reconnaître que deux pièces vertébrales. Le coccyx manque. Conjugué vrai, 11 centim. 9; diamètre transverse du détroit inférieur, 10 centim. 5; diamètre droit du détroit supérieur, 13 centim.; distance des épines ischiatiques, 7,5; distance des tubérosités, 9,3. Le bassin a les caractères d'un *bassin en entonnoir transversalement rétréci.* Il y avait en outre absence des cartilages costaux et du musculus serratus..... La marche de l'accouchement fut normale. Par suite de la diminution de la résistance d'un côté du plancher périnéal, la dernière partie du travail fut favorisée. L'enfant, qui mesurait 49 centim. 8, pesait 3,430 gram. (O. Piering; *Zeitschrift für Heilkunde*, Bd. X, 1889).

Une anomalie du vagin avec une anomalie de l'uretère et des reins :

Obs. v. — Une petite fille de 6 mois 1/2 fut opérée par Massari, pour une atrésie de l'anus vaginal. L'anus artificiel fut créé au périnée, mais on ne toucha pas à l'anus contre nature. — A l'âge de 4 ans, il fallut pratiquer une nouvelle opération pour détacher l'intestin du vagin. Il s'écoulait, par le vagin, de l'urine sans qu'on pût s'en expliquer la provenance : malgré de soigneuses recherches, on ne découvrit pas de communication de la vessie avec le vagin. Au cours de son examen, Massari constata l'existence d'*une cloison vaginale*, qui s'étendait jusqu'au museau de tanche. — L'enfant mourut d'accidents de septicémie. — A l'autopsie, on trouva que l'*uretère gauche s'ouvrait dans la moitié correspondante du vagin. Les reins étaient unis*, le gauche manifestement atrophié (Massari ; *Wiener med. Wochens.*, 1879, nº 33).

Une anomalie du vagin avec une anomalie des membres et de l'appareil circulatoire :

Obs. vi. — L'ouverture de l'anus vulvaire admettait l'extrémité d'un stylet boutonné et siégeait à la commissure postérieure des grandes lèvres. Cette enfant, qui succomba avant toute opération, présentait encore *deux pouces rudimentaires*, *un développement incomplet de l'oreille gauche* et une *division anormale de la carotide commune* au niveau de la sixième vertèbre cervicale (*Aertzl. Bericht des K. K. Gebär. und Find. in Wien vom Scholar. Jahre*, 1855. Wien, 1856).

Ces quelques exemples nous montrent, également, que la nature des anomalies surajoutées à l'abouchement vicieux du rectum est aussi variable que les combinaisons affectées entre elles par ces diverses anomalies. Ainsi, pour le seul utérus, on a noté, tantôt un utérus incomplètement développé, tantôt un utérus bicorne, tantôt un utérus double, tantôt un utérus absent.

Le tableau suivant, en même temps qu'il nous indique le genre de malformation offert par l'organe ou l'appareil intéressés, en établit également la fréquence.

	GENRE DE MALFORMATION	FRÉQUENCE
Utérus	Absent	4 fois.
	Double	2 —
	Bicorne	2 —
	Rudimentaire	1 —
Ovaire	Hernie	1 —
Vagin	Double	3 —
	Absent	1 —
	Atrésié	1 —
Organes génitaux externés	Hypertrophie des grandes lèvres	2 —
	Absence des grandes et petites lèv.	1 —
	Atrésie de la vulve	1 —
	Atrésie de l'hymen	1 —
	Absence de l'hymen : complète	1 —
	— — partielle	1 —
Appareil urinaire	Absence d'un rein	1 —
	Union des reins	1 —
	Abouchement vaginal d'un uretère	1 —
Bassin et colonne vertébrale	Rétréciss. du bassin (en entonnoir)	1 —
	Sacrum rudimentaire	1 —
	Absence du coccyx	1 —
	Scoliose vertébrale	1 —
Face et crâne	Bec-de-lièvre	1 —
	Atrophie de l'oreille	1 —
Membres	Hypertrophie d'un membre infér.	1 —
	Polydactylie	1 —
	Pouces rudimentaires	1 —
	Main bote	1 —
	Pied varus double	1 —
Appareil circulatoire	Oreillette et ventricule uniques	1 —
	Division prém. de la carotide com.	1 —

CHAPITRE IV.

Symptomatologie. — Diagnostic.

Les symptômes de l'abouchement anormal du rectum à la vulve et au vagin sont de deux sortes : anatomiques et fonctionnels.

Sur les premiers nous n'avons pas à revenir, ayant déjà, au chapitre consacré à l'anatomie pathologique, suffisamment insisté sur les différentes variétés de forme, d'aspect, de siège... offertes par l'anus vulvaire ou vaginal.

Les seconds doivent seuls nous occuper ici.

Ils sont, il faut le reconnaître, essentiellement variables : à ce point de vue, peu d'observations se ressemblent. Si dans certaines cette symptomatologie rappelle plus ou moins le dramatique tableau de l'occlusion intestinale, dans d'autres elle est des plus modestes. Susceptible, dans certains cas, de mettre en danger la vie de l'enfant, ce vice de conformation ne constitue en effet, dans d'autres, qu'une infirmité dont la femme, arrivée à un âge plus ou moins avancé, peut parfaitement s'accommoder. Entre ces deux extrêmes, prend place une série d'intermédiaires, qui les relie entre eux par une sorte de gradation insensible.

Cette différence symptomatique est en rapport intime — comme il était facile de le prévoir — avec le diamètre du canal de communication, la direction et la manière d'être de l'ampoule rectale : à un orifice suffisamment large correspondra une défécation facile ; avec un orifice par trop étroit, l'émission au dehors des matières peut être rendue impossible. En définitive, on peut dire que les symptômes varient d'intensité avec les difficultés qu'offre l'orifice au passage des fèces. Rien de plus

logique, dès lors, que d'accorder la première place à l'étude de la défécation ; nous allons voir que de sa manière d'être découlent tous les autres symptômes observés.

Il est rare, lorsqu'il existe un orifice de communication entre le rectum et les voies génitales, que la défécation soit totalement impossible. Cependant l'étroitesse du canal anormal ou sa disposition peuvent être telles que l'évacuation du méconium ne peut avoir lieu : les faits d'Amussat et de Depaul en font foi.

Dans l'observation d'Amussat, on trouva, à l'autopsie de la fillette morte le troisième jour après sa naissance, le gros intestin rempli de méconium : l'orifice, très étroit et obliquement dirigé, permettait le passage des gaz mais s'opposait à celui des matières. Voici l'observation très écourtée de Depaul :

Obs. VII. — Il y a absence d'anus. Une incision faite, pendant la vie, à la profondeur d'un pouce *ne procura pas la sortie du méconium*. L'enfant succomba, avec les symptômes que détermina nécessairement l'occlusion anale. On peut voir maintenant que le rectum, très rétréci à sa partie inférieure, se termine à la partie supérieure et latérale du vagin par une ouverture très petite, après avoir rampé quelque temps dans les parois, à la manière des uretères dans la vessie. Cette disposition a empêché l'évacuation du méconium de se faire par le vagin (Depaul ; *Bulletin. Soc. anatom.*, tom. XV, pag. 77, 1860).

Tout à côté de ces faits, doivent après prendre place ceux où l'évacuation du méconium, quoique possible, est cependant insuffisante. Les dangers qui menacent l'enfant sont, en effet, toujours les mêmes et doivent conduire à la même intervention.

Obs. VIII. — Une enfant fut apportée à l'hôpital des Enfants Trouvés de Saint-Pétersbourg, quatre jours après sa naissance, avec une imperforation de l'anus. Elle fut immédiatement opérée. Deux jours après, la mort survint, l'iléus ayant persisté, *malgré l'écoulement d'un peu de méconium par le vagin.*

A l'autopsie, on reconnaît une formation cloacale, avec utérus et vagin doubles. L'opération n'avait abouti qu'à ouvrir l'extrémité inférieure du

vagin droit, fortement développé et dilaté en forme de vessie. Le rectum se rétrécissait considérablement en bas, et s'ouvrait non directement dans le vagin, mais sur le bord libre de la cloison intermédiaire aux deux vagins, par une ouverture du calibre d'une épingle à cheveux. La vessie, les ovaires et les trompes étaient normaux ; mais les reins avaient la forme d'un fer à cheval (Heppner ; *Petersb. med. Zeitsch.*, n° 3, 1870).

Dans l'observation suivante due à Hatterer, l'enfant avait expulsé le méconium. Il n'en fallut pas moins intervenir le sixième jour après la naissance, les phénomènes d'occlusion intestinale s'établissant :

Obs. IX. — La femme Meninger, de Gerstheim (Bas-Rhin), accoucha d'une fille le 5 juin 1834. Dès le lendemain, l'enfant, très bien portante, avait pris le sein et *sali de méconium les langes*. On continua pendant quatre jours à lui donner des soins, sans que la mère ni la sage-femme s'aperçussent de l'imperforation de l'anus et de la sortie du méconium par la vulve.

Le cinquième jour, *l'abdomen commença à se tuméfier, la respiration devint difficile ; l'enfant refusa de prendre le sein*, et la mère s'aperçut du vice de conformation qui existait.

Le sixième jour de sa naissance, lorsque je fus appelé, je trouvai l'enfant avec tous les signes de rétention des matières. Par la vulve, il sortait une petite quantité de ses excréments, mais seulement à l'état liquide. Il n'y avait du reste aucune apparence d'anus, et la peau qui recouvrait cette région était tout à fait dans son état naturel.

Impossibilité de pénétrer dans le rectum par l'ouverture qui donnait passage aux matières liquides. Je résolus donc de plonger un bistouri à lame étroite, à l'endroit où devait répondre le rectum. Des attouchements du méat avec la sonde déterminèrent l'issue de l'urine, et, immédiatement après, une tumeur se fit apercevoir à travers la peau. Je plongeai le bistouri à une profondeur d'un centimètre et demi, et aussitôt une grande quantité de gaz et de matières se firent jour à travers l'ouverture. Tous les accidents se dissipèrent.

J'avais traversé la peau et une membrane fibro-musculaire que je reconnus pour le sphincter, formant un plan continu. Je fis une incision transversale, et j'excisai les bords, puis j'introduisis dans l'intestin un morceau d'éponge préparée, en recommandant à la mère de le remplacer par

un nouveau morceau à chaque sortie des excréments. Mais pendant la nuit on négligea cet avis, et le lendemain je fus forcé de faire une nouvelle ouverture, que cette fois j'opérai avec un trois-quarts. L'introduction d'éponge préparée fut continuée pendant une quinzaine de jours. Depuis cette dernière opération, les matières excrémentitielles ont continué à sortir par l'anus artificiel. Aujourd'hui, l'ouverture de communication de l'intestin avec la vulve paraît être entièrement oblitérée (Hatterer ; *Journ. de Méd. et Chir. pratiques*, 1834, pag. 192).

A rapprocher de cette observation le fait qui se présenta à Lépine et rappelé par Dupuytren.

Obs. x. — Fillette âgée de 6 jours, dont le vagin *donnait issue à quelques parcelles de méconium. L'enfant éprouvait tous les accidents produits par la rétention des matières fécales.*

Un chirurgien tenta de découvrir l'anus : Il fit une incision à la peau du périnée, entre la pointe du coccyx et la commissure postérieure de la vulve. Cette incision permit de voir, entre les bords de la plaie, une tumeur fluctuante qui était l'intestin. Une ouverture pratiquée à la partie inférieure de cet intestin facilita la sortie d'une grande quantité de gaz et de méconium. La fistule recto-vaginale s'oblitéra complètement. La petite fille mourut trois ans après d'une maladie accidentelle (Dupuytren ; *Dict. de Méd. et de Chirurgie pratiques*, tom. III, pag. 121).

C'est aux cas de ce genre que nous faisions allusion tout à l'heure, quand nous disions combien bruyante et dramatique pouvait être parfois la symptomatologie. L'enfant offre alors le tableau parfait de l'obstruction intestinale ; c'est celui de l'imperforation simple du rectum, dont nous empruntons au professeur Trélat[1] la description, faite de main de maître :

« L'enfant refuse en général de téter, ou, s'il a pris le sein, il le quitte en criant et ne veut plus le reprendre. Quelques heures après sa naissance, il est atteint de vomissements ; ceux-ci ne sont d'abord constitués que par les liquides avalés : lait, eau sucrée, mais bientôt ils se répètent, les matières se colorent et,

[1] Trélat ; *Dict. Encyclopédique*, art. *Anus*, pag. 439.

dès le second jour, elles ont un aspect fécaloïde qu'elles gardent jusqu'à la mort ou jusqu'au rétablissement des voies d'élimination.» La marche des accidents, si l'on n'intervient pas, est rapide. Le ventre se ballonne, il est tendu, dur, tympanique, douloureux au moindre contact. La respiration s'embarrasse, les veines du cou se gonflent. « D'heure en heure, dit M. Trélat, cet ensemble de symptômes s'aggrave. La face s'amaigrit et reflète la douleur continue ; les cris ne sont plus que des plaintes de plus en plus faibles ; la peau prend une teinte terreuse, si ce n'est sur la paroi abdominale, dont la circulation embarrassée produit une couleur bleuâtre. A l'agitation succède une prostration profonde ; la mort arrive, en général, au bout de quatre à six jours. »

Cependant dans quelques cas — rares, il est vrai — alors que tout semblait désespéré, que l'obstruction intestinale paraissait imminente, ou mieux s'était déjà révélée par quelques-uns de ses symptômes, l'évacuation du méconium, vainement attendue, a fini par s'établir.

Obs. xi. — Chez une petite fille née à terme avec imperforation de l'anus, Healy pratiqua *vingt quatre heures après la naissance, le hoquet commençant à se produire et le ventre à se ballonner*, une ponction anale qui ne fut pas suivie de succès. — Le troisième jour, il répéta ses tentatives avec le Dr Mac Clintock. Celui-ci, ayant introduit un cathéter métallique dans le vagin pour servir de conducteur au doigt explorant la plaie anale, retira l'instrument empreint d'une matière ayant la couleur et la consistance du méconium. Son introduction fut répétée, et bientôt, par des injections d'eau tiède, l'évacuation normale s'établit. La plaie anale se cicatrisa et l'évacuation continua par le vagin. *A 4 mois, elle avait lieu régulièrement sans nuire à la santé de l'enfant* (Healy ; *Dublin médic. Press.*, 1864, tom. IX, pag. 217).

De tout point analogue est le fait rapporté par Krauss.

Obs. xii. — L'enfant, âgée de 18 heures, présentait tous les signes d'une vive agitation. Vomissements jaunâtres fréquents. Rien d'anormal aux

organes génitaux : à l'entrée du vagin aucune ouverture appréciable, le méat uréthral est à sa place habituelle. A la place de l'anus on trouve un pli cutané long de cinq à six lignes et correspondant au raphé. Après incision sur le pli cutané, Krauss introduit le doigt et arrive dans un espace rempli par un tissu cellulaire lâche, limité en avant par une paroi membraneuse qui lui parut être le vagin : en pressant sur cette membrane, il s'écoula du vagin un méconium noirâtre mêlé de gaz, et on fut amené à en conclure à l'ouverture anormale du rectum au fond du vagin. Les médecins assistants s'opposèrent à la continuation de l'opération.

L'enfant, actuellement âgée de 3 ans, a un développement correspondant à son âge; cependant elle souffre fréquemment de coliques. L'évacuation des matières, souvent involontaire, se fait dans la station debout, aidée par des mouvements du tronc en avant pour en favoriser la sortie et, fréquemment, au milieu d'efforts considérables et d'épreintes.

La surface interne des cuisses est rouge, comme dans l'intertrigo des nourrissons ; la muqueuse des grandes lèvres et des petites lèvres est pâle et couverte de nombreuses érosions. L'hymen est réduit à un ligament délié et a perdu son bord antérieur semi-lunaire. L'entrée du vagin est dilatée au point d'admettre facilement l'index ; sur la paroi postérieure de ce conduit, à droite de la colonne des rides, on distingue l'ouverture du rectum, dans laquelle on peut faire pénétrer une bougie élastique de deux lignes et demie à environ un demi-pouce. Il n'y a pas trace de sphincter (Krauss; *Wiener Wochenschrift*, 1857, n° 5, pag. 77).

Pour ne pas avoir eu le caractère de gravité signalé dans les deux observations qui précèdent, les phénomènes notés dans les premiers temps qui suivirent la naissance ne laissèrent pas cependant que d'inspirer une certaine crainte aux chirurgiens qui virent la malade, dont Gosselin nous donne l'histoire, puisque la question d'une opération fut agitée. Ici encore, les accidents du début se dissipèrent peu à peu, les selles devinrent plus faciles, et la malade, finalement, put mener à bien une existence qui semblait un moment compromise.

Obs. xiii. — Une fille, aujourd'hui femme, avait, en naissant, le rectum ouvert dans la vulve. *Pendant quelque temps, la défécation fut difficile, et l'on discuta l'opportunité de l'opération, qui ne fut pas faite. Cependant*

les selles devinrent plus faciles; l'enfance se passa bien, et les fonctions s'établirent régulièrement. Mais, à l'époque où cette personne se maria, la partie postérieure de la vulve avait pris un *développement considérable auquel participait l'ouverture rectale*, de telle sorte que la sortie des matières était quelquefois involontaire quand il y avait de la diarrhée. Elle devint néanmoins enceinte à la suite de rapports difficiles et très douloureux; l'accouchement fut très facile, et depuis il y en a eu un second également heureux (Gosselin; *Gazette des Hôpitaux*, 1857, pag. 87).

Ce changement favorable amené par le temps dans la manière d'être de la défécation, et qui tient sans doute à des modifications anatomiques de l'ouverture anormale, comme il semble ressortir de l'observation qu'on vient de lire, loin d'être un fait constant, est de beaucoup, au contraire, l'exception. Plus souvent en effet les selles, faciles dans les premiers jours, dans les premières semaines, dans les premières années, alors que les matières qui les constituent sont liquides ou demi-liquides et filtrent aisément à travers l'orifice recto-vaginal, deviennent difficiles et laborieuses au fur et à mesure que ces mêmes matières augmentent de volume et prennent de la consistance. Cette particularité est notée dans une foule d'observations. Il nous serait aisé d'en multiplier les exemples : nous nous bornerons à en citer quelques-uns.

Obs. XIV (résumée). — M. G..., née à terme, chétive. *Les trois premiers mois se sont passés sans incident. Au bout de ce temps, plaintes fréquentes, sommeil court. Ce ne fut que le quatrième mois* que la mère, inquiète, s'aperçut que les matières sortaient par la vulve. Issue involontaire des matières accompagnée d'épreintes. Le ventre était ballonné, rénitent.

Opération le 22 juin 1873. L'enfant est alors âgée de 6 mois 1/2. Entre la fourchette et l'hymen est une éminence de la dimension d'une demi-cerise, rouge, avec une dépression au milieu, constituée par la muqueuse intestinale, et d'où sortaient les matières fécales. Pas d'anomalie des autres parties de l'appareil génital. Au périnée, pas d'anus; à la place de ce dernier, une dépression cutanée, ronde, dans laquelle pénètre à peine le bout de la sonde, arrêtée à 5 millim. La peau de la région est brune et

légèrement œdémateuse. L'orifice anormal permettait à peine l'introduction d'une sonde de femme.

L'opération fut pratiquée suivant le procédé de Rizzoli. Abaissement difficile de l'intestin. Les suites de l'opération ont été marquées par de la fièvre pendant six jours, un prolapsus de la muqueuse rectale se produisant seulement à l'occasion de la défécation et disparu au bout de deux mois ; par l'apparition d'une dentition difficile et par une toux contractée pendant une épidémie du printemps de 1874. En octobre 1874, on put constater l'état excellent des parties (Melchiori ; *Annali univ. de Medicina e Chirurgia*, april 1875, pag. 3).

Obs. xv. — Il s'agit d'une petite fille de 11 mois, chez laquelle le rectum s'ouvre par un orifice étroit à la commissure postérieure de la vulve. *Cette ouverture, dans les premiers temps suffisante, ne suffit plus maintenant.* Les matières liquides sont expulsées avec effort, les matières solides ne sortent qu'en petite quantité, passant à la filière à travers cette petite ouverture. J'opère le 18 avril 1855. J'incise sur la sonde cannelée le prolongement vulvaire du rectum, la paroi inférieure de cet intestin et la région ano-périnéale, jusqu'au milieu de l'intervalle qui sépare la place où devrait se trouver l'anus du sommet du coccyx, et je réunis, dans l'étendue de la plaie, les bords de l'incision de l'intestin à la peau par 5 points de suture entrecoupée.

Le résultat fut excellent. Bon fonctionnement du nouvel anus. Mort au bout de six mois d'une maladie aiguë (Goyrand, d'Aix ; *Gazette des Hôpitaux*, 1857, pag. 159).

Obs. xvi. — La malade était une enfant de 2 mois environ ; son rectum se terminait par une ampoule, d'où partait un canal étroit qui venait s'ouvrir dans la vulve, au-devant de l'hymen. *Pendant deux mois, on ne s'était pas aperçu de cette disposition, parce que les matières, étant liquides, sortirent facilement ; mais, lorsqu'elles prirent plus de consistance, elles ne purent être rendues ;* ce fut alors que M. Jarjavay fut consulté. Une sonde cannelée, introduite par l'ouverture que l'on trouvait dans la vulve, arrivait dans l'ampoule rectale, où on la sentait à travers la peau ; M. Jarjavay s'en servit pour tendre les parties auxquelles il fit une incision cruciale, dont il enleva les quatre angles. Pendant quelque temps les selles se firent facilement, et l'on put croire à la réussite de l'opération ; mais bientôt l'ouverture se rétrécit ; M. Jarjavay conseilla d'introduire des mèches, mais la mère ne le fit pas, et il en résulta une atrésie qui s'opposa

complètement aux fonctions de l'intestin. Alors M. Jarjavay fit une longue incision, qu'il fut forcé de recommencer quelque temps après, l'usage des mèches étant toujours négligé. Enfin, dans une quatrième opération, le chirurgien prolongea l'incision jusqu'au coccyx. Depuis ce moment, l'ouverture a persisté; l'enfant a maintenant 6 ans ; l'orifice anal est un peu étroit, mais il suffit aux besoins de la défécation (Jarjavay : *Gaz. des Hôpitaux*, 1857, pag. 87).

L'époque où apparaissent ces troubles d'une défécation au début tout à fait normale est excessivement variable. A cela rien d'étonnant, si l'on songe à la multiplicité des facteurs exigés pour la régulière émission des matières : orifice suffisamment grand, direction convenable du canal de communication, volume proportionnel des matières, degré non exagéré de consistance, tonicité conservée des tuniques de l'intestin. Cependant on peut dire que c'est dans le cours de la première année, et, d'une manière plus générale encore, au moment où le changement d'alimentation, amené par le sevrage, occasionne des modifications dans la manière d'être des matières intestinales, que s'observent les premiers troubles de la défécation : tel enfant qui jusqu'à cette date ne paraissait nullement souffrir de son infirmité éprouve des épreintes, fait des efforts violents pour aller à la selle, s'agite, pleure, a de la tuméfaction de l'abdomen et peut finalement offrir le tableau plus ou moins complet de l'obstruction intestinale.

Dans l'observation qui suit et que nous empruntons à Hayward, le sevrage est nettement incriminé comme le point de départ des désordres survenus dans l'état de l'enfant.

Obs. xvii (résumée). — Le vice de conformation fut constaté peu après la naissance : L'urèthre et le vagin étaient bien conformés ; à deux ou trois lignes en arrière du vagin, se trouvait un petit orifice assez grand pour recevoir l'extrémité d'une sonde et à travers lequel les matières s'écoulaient. — Pendant un an, l'enfant vécut très bien, ne paraissant nullement souffrir. Mais *quelques jours après qu'elle eut été sevrée et qu'elle eut changé de régime, elle commença à souffrir de plus en plus* dans ses efforts de défeca-

tion. Ces efforts étaient violents, presque continuels lorsque l'enfant était éveillée et ne produisaient presque aucun soulagement. Amaigrissement, faiblesse.

Depuis qu'elle avait été sevrée, sa nourriture consistait en lait et farine d'orge, et ses matières fécales, sans doute à cause du changement d'alimentation, avaient acquis plus de consistance et étaient chassées par de violents efforts en petits fragments tout à fait solides. L'ouverture de l'intestin, quoique un peu plus grande que lors du premier examen, était encore petite : le gros bout d'une sonde n'y pénétrait que difficilement.

L'opération fut pratiquée le 26 juin 1853. — Elle consista en la section du canal de communication sur un conducteur cannelé introduit par l'orifice anormal dans le rectum. Hémorrhagie peu abondante. Pendant quatre mois, passage journalier d'une bougie dans le rectum. Bons résultats fonctionnels (G. Hayward, de Boston ; *Virginia medic. and surg. Journ.*, 1853).

Les mêmes remarques sont consignées dans l'observation du Dr Jeannel (de Vendôme), rapportée tout au long dans la Thèse de Rovillain.

Obs. xviii (résumée). — Fillette âgée de 7 mois. A la place de l'anus normal existe une très légère dépression de la peau ; le rectum s'ouvre à la fourchette par un orifice étroit et très peu dilatable, n'admettant que difficilement une sonde de femme. Efforts de défécation constants et douloureux, déterminant l'issue de quelques matières vermiculaires, dures, qui sortent en bavant. Faible développement : on dirait d'une enfant de 3 mois. L'état de souffrance résultant de la rétention incomplète des fèces est récent. En effet, tant que l'enfant avait été nourrie uniquement au sein de sa mère, les selles, molles et semi-liquides, sortaient facilement par l'anus anormal. *Mais lorsque, à l'âge voulu et pour soulager la mère, l'alimentation devint substantielle, lorsque l'enfant prit des soupes, le bol fécal devint solide et ne put plus être évacué convenablement par l'anus anormal* étroit, peu dilatable et situé latéralement, relativement à l'axe du rectum.

Concurremment avec cette malformation, existent deux pieds valgus et une absence complète du métacarpien du pouce gauche.

L'opération pratiquée consista en une incision des tissus séparant le rectum de la peau, et ouverture de l'ampoule rectale que faisait saillir une

sonde de femme introduite par l'anus anormal, suivies de la suture des lèvres de la plaie rectale aux lèvres de la plaie cutanée. Léger prolapsus à droite disparu au bout d'un mois. Au bout de deux mois après l'opération, l'anus nouveau fonctionnait bien. Le sphincter semble en effet fonctionner : l'anus ne reste pas absolument béant, et l'enfant est obligée de faire des efforts pour aller à la selle. L'anus anormal persiste, mais ne donne que rarement issue à des liquides intestinaux. On se proposait d'en faire l'occlusion ultérieurement, en en cherchant la réunion immédiate secondaire après cautérisation (Jeannel ; in *Thèse de Rovillain*, pag. 169. Paris, 1883).

Plus tardive peut être d'autres fois la date d'apparition des accidents déterminés par la mal-défécation. A preuve, le fait recueilli par Lane, qui dut opérer une fillette âgée de 4 ans 1/2, en proie aux accidents de l'occlusion intestinale.

Obs. xix. — *Enfant de 4 ans 1/2 opérée à la dernière extrémité.* L'opération consista dans une incision atteignant l'intestin et divisant tout l'espace compris entre l'ouverture anormale et l'orifice intestinal. La petite fille mourut trois jours après l'opération.

Trois ans et demi auparavant, à l'âge de 12 mois, elle avait subi une première opération, qui avait échoué par suite de fermeture de la plaie.

L'extrémité inférieure du gros intestin s'était tellement dilatée, en raison de l'insuffisance de l'issue offerte aux matières, que le rectum et la courbure sigmoïde du côlon formaient un immense réservoir de la capacité de 2 lit. 840 gram., qui occupait la région hypogastrique, les deux régions iliaques et une partie de la région ombilicale, en même temps qu'il diminuait de bas en haut l'étendue du thorax. Les tuniques de l'intestin avaient tellement perdu de leur tonicité, par suite de la prolongation d'une distension exagérée, que l'opération faite par M. Lane fut inefficace, l'intestin n'ayant plus la force de se vider, ni le pouvoir de reprendre ses dimensions normales : aussi les vomissements et les autres symptômes persistèrent-ils, et l'enfant succomba trois jours après l'opération (Lane ; *British medic. Journal*, 1858).

Enfin, la production de ces accidents de rétention à un âge plus ou moins avancé est encore sous l'influence de l'arrêt, au niveau de l'orifice anormal qu'il ne peut franchir, d'un corps étranger

introduit avec les aliments. Cette possibilité est démontrée par les deux cas qui suivent et qui font pendant à l'observation bien connue de Flajani, dont le sujet, porteur d'un anus recto-uréthral, succomba à des phénomènes d'occlusion, qu'entraîna après elle l'obstruction du canal d'abouchement par un noyau de cerise.

Obs. xx. — Fille de 6 mois. L'ouverture anormale du canal intestinal se trouve à l'entrée du vagin, au niveau de la commissure inférieure ; une languette dont le bord regardait en avant fermait complètement cette ouverture. La sonde pouvait être introduite avec facilité dans le rectum et poussée contre le périnée. L'enfant, quoique bien portante, souffrait souvent de coliques et de ténesme, surtout *lorsque des noyaux de fruits, des groseilles vertes munies de leur gousse ou d'autres corps semblables, restaient engagés dans le faux canal en arrière de l'orifice*. La constipation devenait de plus en plus fréquente, et les moyens employés jusque-là pour obtenir des selles liquides restaient inutiles.

Opération par le procédé suivant : La muqueuse de l'intestin ouvert fut réunie à la peau. Dans la partie du rectum située au-devant de ce nouvel anus, c'est-à-dire dans le canal qui venait s'ouvrir au niveau de la commissure postérieure du vagin, Nagel introduisit, huit jours plus tard, un fer rouge, mais sans pouvoir réussir à l'oblitérer ; une petite quantité de matières continua à sortir par là (Nagel, cité par Friedberg ; *Archiv. génér. de Méd.*, mai 1857, pag. 581).

Obs. xxi (résumée).— Le 1er août 1851, je vis, au cinquième jour de sa maladie, la nommée Rosa M..., âgée de 27 ans. Elle présente une rétention complète des matières fécales avec signes d'étranglement. C'est une femme petite à facies inintelligent, presque crétine : il existe une scoliose vertébrale droite ; la crête iliaque gauche est de 2 centim. plus élevée que la droite.

Faible développement des grandes lèvres ; les petites lèvres sont, au contraire, longues et pendantes. A la fourchette fait saillie une petite tumeur du volume d'une cerise, avec une petite dépression au milieu, d'où suinte une humeur noirâtre ayant l'odeur de matière fécale : molle à la pression, elle n'est pas réductible. *Une sonde introduite donne la sensation d'un corps dur et rugueux, qu'il est ensuite impossible d'extraire avec une pince.* Hymen intact, circulaire. Absence de coccyx. Périnée proéminent. — A

la place de l'anus, dépression d'une profondeur de 2 millim.—Au périnée, très tendu, on sent par l'exploration l'existence d'un corps dur et crépitant.

Incision de 3 centim. à la place de l'anus, pénétrant jusqu'à l'intestin. Dès l'ouverture *jaillissent des noyaux de prunes* et des matières noirâtres semi-liquides, de quoi remplir une petite cuvette. La pression sur le ventre détermine encore la sortie d'une quantité aussi abondante de matières retenues.

Fixation de la muqueuse à la peau à droite et à gauche par deux points de suture. Au bout de quinze jours et sous l'influence de purgatifs, les symptômes d'occlusion avaient disparu et les selles devenaient régulières. Les deux points de suture produisirent une ulcération; cependant la guérison s'effectua normalement, et, trente jours après l'opération, la cicatrice se formait, le périnée s'abaissait graduellement ; le nouvel anus s'enfonçait. Au quarante-sixième jour, tout était cicatrisé, l'ouverture ronde se maintenait fermée par la contraction du sphincter. La malade allait du corps suivant sa volonté.— Pendant ce temps, l'ouverture de l'anus vulvaire se rétrécissait et disparaissait derrière la fourchette. Après trente-cinq jours, elle était fermée complètement et représentée par un point rouge du volume d'un grain de millet.

Un an après, on put constater que la guérison se maintenait parfaite (Melchiori ; *Annal. univers. di Méd. e Chirurgia*, april 1875, pag. 7).

Tous ces faits doivent être bien présents à l'esprit du chirurgien appelé à porter un pronostic sur une infirmité, parfois peu menaçante en apparence au début pour la vie de l'enfant, et sur la nécessité d'une intervention, que le défaut de troubles aux premiers temps de l'existence ne semblerait pas tout d'abord légitimer.

Pour ne pas aller jusqu'à compromettre directement la vie de l'enfant, les troubles de la défécation n'en constituent pas moins, dans beaucoup de cas, une situation des plus fâcheuses, et entraînent, après eux, des accidents qui, tout comme ceux qui viennent d'être rappelés, quoique à d'autres titres, amèneront l'intervention de l'opérateur. Parce qu'elle aura échappé aux dangers des premiers jours et expulsé plus ou moins facilement le méconium, parce qu'elle aura franchi l'échéance pénible du sevrage

et pu finalement avancer en âge, il ne faudrait pas croire que l'enfant, devenue jeune fille ou femme, ait fini de compter avec les difficultés dans l'émission des matières fécales. Cette évacuation — indépendamment des autres incommodités qui seront signalées tout à l'heure — s'accompagne en effet, dans bien des cas, de troubles tenaces et sérieux: ce sont tantôt des épreintes, des coliques, tantôt des alternatives de diarrhée et de constipation — cette dernière parfois de longue durée, vingt jours dans un cas de Rizzoli, un mois (Duros, Rizzoli).

Quand la défécation a lieu, elle ne se produit qu'au prix des plus grands efforts ou de certains artifices dont la patiente est obligée de s'aider, pour favoriser la sortie des matières. On a lu dans l'observation de Krauss, rapportée plus haut, que l'évacuation des matières se faisait dans la station debout, aidée par des mouvements du tronc en avant et au milieu d'efforts considérables et d'épreintes. Chez la jeune fille dont Guillon nous a conservé l'histoire, les difficultés pour aller à la selle étaient telles que la malade était obligée chaque fois d'y aider, en pressant avec la main sur le périnée. Il fallut recourir à l'opération.

Obs. xxii.— Une jeune fille âgée de 15 ans portait depuis sa naissance, à la place même de l'anus, une tumeur grosse comme un œuf de dinde, suspendue à un pédicule court, de consistance molle, sans fluctuation ni crépitation. L'ouverture anale manquait complètement. Le rectum s'ouvrait par un orifice assez étroit dans la fosse naviculaire; le canal qui succède à cet orifice a une direction oblique en arrière et en bas, et se termine, au-dessus du coccyx, à une sorte de réservoir très large, résultant de la dilatation d'une portion de cet intestin, d'où les matières ne sortaient qu'en remontant, et par une sorte de régurgitation. L'orifice extérieur était fermé assez exactement par divers replis membraneux, tels que celui de la fourchette, de l'hymen et par un autre bourrelet.Ces replis lui constituaient de véritables valvules qui, faisant office de sphincter, rendaient l'incontinence presque nulle. Cependant la défécation était *accompagnée de difficultés telles que la malade était obligée chaque fois d'y aider, en pressant avec la main sur le périnée. — La constipation alternait avec la diarrhée et produisait souvent des coliques.*

Trois indications se présentaient ici à remplir successivement :

1° Enlever la tumeur du périnée. Cela fut fait en circonscrivant son pédicule par une incision elliptique; on eut soin, durant ce temps, de ménager les fibres du sphincter, dont quelques rudiments se rencontraient sous la tumeur; celle-ci était une masse graisseuse homogène.

2° Former à la place de la tumeur, c'est-à-dire à l'endroit ordinaire, un nouvel anus. L'intestin, mis à nu par l'ablation de la tumeur, fut immédiatement incisé dans toute l'étendue de la plaie du périnée; il en sortit une grande quantité de matières fécales. On plaça et on maintint dans cette ouverture une grosse canule en gomme élastique.

3° Déterminer l'occlusion de l'ouverture anormale. M. Guillon ne voulut chercher à obtenir ce dernier résultat qu'au bout de quinze jours, et cela afin de laisser au conduit anormal le temps de se rétrécir spontanément, ce qui devait assurer le succès des tentatives d'oblitération de l'ouverture, en empêchant les matières de prendre aussi aisément cette voie que par le passé.— Il tailla, aux dépens de la muqueuse, deux lambeaux qui furent affrontés sur la ligne médiane par trois points de suture entrecoupée. La réunion fut complète le sixième jour, cependant on laissa encore la canule dans l'anus pendant plus de six semaines.

A cette époque, la plaie formait au pourtour une sorte de bourrelet en cul-de-poule : il y eut encore un peu d'incontinence fécale ; mais bientôt les fibres musculaires, qui d'abord étaient très faibles, ayant acquis de plus en plus de force, devinrent le centre de contractions qui finirent par donner lieu à une constitution tout à fait exacte des bords de cet orifice. — Depuis lors, cette jeune fille est devenue réglée. Elle a été revue dix ans après; elle venait d'accoucher sans aucun accident (Guillon; *Bulletin gén. de Thérap.*, tom. XXXIII, pag. 477).

Ces troubles de la défécation ne sont pas sans amener — et souvent à bref délai — un retentissement profond sur tout l'organisme. Ils produisent une nouvelle série de phénomènes qui, pour ne pas être particuliers à cette anomalie, n'en méritent pas moins d'être signalés ; par eux, les fonctions digestives se feront mal, la nutrition générale s'altérera. De l'amaigrissement, de la faiblesse, une anémie plus ou moins profonde, vont être la conséquence nécessaire de cet état de choses. Hayward, dans son observation, signale cet amaigrissement survenu chez

l'enfant au moment où, avec le sevrage et le changement de nourriture, les efforts de défécation, par suite de l'augmentation de consistance des selles, étaient devenus douloureux.

Cet état de souffrance et de mal-nutrition se traduit encore par la pâleur des téguments, par un défaut de développement qui met l'enfant dans un état de chétivité tel qu'on est facilement induit en erreur sur son âge : témoin le fait rappelé plus haut de Jeannel (Obs. XVIII). L'influence fâcheuse de ce vice de conformation est encore des plus nettes chez cette enfant pâle et aux membres grêles et flasques dont nous parle Hargraeve, et dont l'état général fut si rapidement et si heureusement modifié par l'opération.

Obs. XXIII (résumée). — Maryanne W..., 12 mois, entrée à l'hôpital de la Cité de Dublin, en octobre 1854. Aucune apparence d'anus, la région ano-périnéale est légèrement bombée. Le rectum communiquait par un petit orifice situé à trois lignes de la fourchette avec la paroi postérieure du vagin, et c'est à travers cette étroite ouverture que les fèces étaient évacuées en rubans vermiculaires, depuis la naissance de l'enfant. Cette malformation rappelait le cloaque des oiseaux.

L'enfant était pâle, avec des membres grêles et flasques, et depuis sa naissance avait été constamment nourrie au sein. La constipation était surtout pénible.

Pendant les efforts de défécation, l'extrémité de l'intestin bombait à la région ano-périnéale sous les téguments. Des tentatives avaient été faites deux fois sans résultat pour guérir ce vice de conformation, et l'on voyait encore les incisions sur le périnée.

6 octobre, opération : proctoplastie par la méthode d'Amussat.

Six semaines après l'opération, le 16 novembre, la malade est complètement rétablie. On avait eu soin de laisser une bougie à demeure pour prévenir le rétrécissement. Les résultats de l'intervention étaient les suivants :

1° Le passage normal des matières est établi ;

2° Formation d'une région ano-périnéale : le périnée est ferme et solide; il a plus d'un demi-pouce d'étendue, de la fourchette à l'anus ;

3° Un sphincter agissant sur le rectum ;

4° *Amélioration de la santé de l'enfant: elle a engraissé et augmenté de poids.*

Pour prévenir le rétrécissement, la mère de l'enfant introduisait régulièrement une bougie rectale de 3/16 de pouce de diamètre et de deux pouces de long avec légère courbure à convexité correspondant à la concavité sacrée (Hargraeve; *Dublin medical Press*, 1854, tom. XXXII, pag. 401).

Que des organismes ainsi affaiblis et débilités soient facilement envahis par les micro-organismes sans cesse à l'affût d'un lieu de moindre résistance propre à leur développement, il n'y a rien que de très naturel. Nous connaissons trop, aujourd'hui, l'influence favorable à la levée des germes morbides des terrains usés et mal nourris, pour nous en étonner. Aussi, sans vouloir par trop assombrir notre tableau, il nous semble qu'il n'y a rien d'illogique à admettre l'influence de cette anomalie et des troubles qu'elle détermine, sur la production de cette «maladie scrofuleuse» à laquelle succomba la malade de Howship. Tout au plus peut-on regretter l'absence de détails plus complets et la brièveté avec laquelle ce fait est relaté ?

Obs. xxiv. — En 1815, je fus appelé par mon ami le Dr Samuel Merriman pour examiner le corps d'une jeune fille de 17 ans, *morte d'une maladie scrofuleuse* et qui depuis sa naissance avait évacué ses fèces par le vagin, cependant il n'y avait pas absence de pouvoir de rétention.

Autopsie. — Il y avait extérieurement une trace de l'anus mais il n'y avait pas d'orifice. A l'ouverture de l'abdomen, le rectum fut trouvé à la partie postérieure du vagin, à laquelle il était adhérent. Lorsque le vagin fut enlevé et ouvert, on trouva que l'intestin aboutissait à sa surface par une sorte de papille très vasculaire et saillante, située dans le vagin près de l'orifice externe (Howship ; *Pratical Observation*, etc... London, 1816).

La relation de Beniveni, bien que passible des mêmes reproches, mérite cependant d'être rapportée. Elle montre, en effet, que ce n'est pas seulement par les troubles généraux de la nutrition qu'elle détermine, en préparant le terrain à la venue

d'une maladie grave, et en quelque sorte indirectement que cette anomalie peut amener la mort ; d'une façon plus immédiate, pareille terminaison doit, ce nous semble, lui être attribuée dans ce cas.

Obs. xxv. — Une fille née avec l'anus imperforé rendait, quelques jours après sa naissance, les matières fécales par la vulve. Elle vécut avec cette infirmité jusqu'à l'âge de 16 ans, *époque à laquelle elle mourut dans les douleurs les plus violentes de la colique* (Benivenius ; *De abditis nonnull. morb.*, etc.... chap. LXXXVIII).

Dans d'autres cas, pour le moins aussi nombreux, ces divers accidents ne se montrent jamais ; les selles sont et restent faciles ; il n'y a eu, à aucun moment, menace de rétention des matières; l'enfant a, sans encombre, subi les modifications de régime réclamées par son âge ; son développement s'est régulièrement effectué ; rien dans l'habitus extérieur ne fait soupçonner le vice de conformation dont elle est atteinte; devenue femme, elle remplira les fonctions dévolues à son sexe. Il ne faudrait pas, pour cela, en conclure que l'anus vulvaire ou vaginal reste exempt de tout inconvénient. Pour ne plus être une malade, la femme n'en est pas moins une infirme.

Il est un certain nombre de faits, les plus rares il est vrai, où, les selles étant soumises à la volonté, les inconvénients ont été réduits au minimum. Cette manière d'être de la défécation, si heureuse pour la femme, tient-elle à l'existence d'un sphincter au niveau de l'ouverture anormale ; à la présence au-dessus de l'ouverture et dans le rectum d'une disposition spéciale, une sorte de valvule suffisante pour s'opposer à l'issue involontaire des matières ? Les renseignements fournis par l'anatomie pathologique ne contredisent en rien aucune de ces deux explications.

Rizzoli est tout prêt à admettre la première et n'hésite pas à conclure à l'existence d'un sphincter propre au niveau de l'anus

contre nature, dont il aurait manifestement provoqué les contractions sous l'action du froid, dans un cas où il n'y avait pas incontinence des matières [1]. Tout en nous laissant ignorer par quel procédé elle a été constatée, Tuck nous assure de l'existence d'un sphincter un peu lâche fermant l'anus vaginal, mais complètement sous le contrôle de la malade [2]. — D'autre part, Guillon attribue, dans son cas, l'incontinence presque nulle aux divers replis membraneux, qui entouraient l'orifice et lui constituaient de véritables valvules faisant office de sphincter [3].

Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait de la possibilité pour la femme ainsi affectée de retenir les matières fécales n'en reste pas moins nettement établi. Des observations dignes de foi, bien que constituant de beaucoup l'exception, le prouvent surabondamment. En raison même de cette rareté, elles méritent d'être rapportées ici.

Obs. xxvi (résumée).— Femme de 48 ans, habitant Montivilliers, qui vint consulter l'auteur pour une diarrhée rebelle. G..., ayant été amené à pratiquer l'exploration de l'anus et du rectum, constata que les plis de l'anus existaient, mais qu'en les écartant on tombait dans un infundibulum sans ouverture profonde. Mise au courant de cette découverte, la malade répondit qu'*elle ignorait totalement cette particularité*.

Sur la paroi postérieure du vagin, à 2 ou 3 centim. de la vulve, existait une espèce de valvule saillante, dans laquelle une sonde introduite pénètre dans le rectum. Pas de faisceaux musculaires appréciables autour de l'orifice anormal, de telle sorte qu'on ne comprend guère comment *elle retenait ses fèces*. Elle n'avait jamais eu de difficulté pour aller à la selle.

Ni elle, ni son mari, ni l'accoucheur qui l'aida trois fois à mettre au monde ses enfants ne s'étaient aperçus de ce singulier vice de conformation (Gibert, du Hâvre; in *Thèse d'agrégation* de Lefort. Paris, 1863).

Les mêmes affirmations, catégoriques à cet égard, sont soi-

[1] Observ. cxx.
[2] Observ. xxvii.
[3] Observ. xxii.

gneusement relevées dans l'observation déjà citée de Howship [1], dans l'observation bien connue de Ricord [2], et dans celles qui seront rapportées plus loin de Hill et de Rizzoli [3]. Voici l'observation de Tuck, à laquelle il a été précédemment fait allusion.

Obs. xxvii. — Mme A. B..., accouchée le 14 mars. Présentation de la tête ; travail long mais normal. En pratiquant le toucher vaginal, l'accoucheur s'aperçut qu'il y avait des matières fécales dans le vagin. Un examen des organes démontra qu'au niveau du siège normal de l'anus existait une simple dépression ; la peau était fortement pigmentée, et au-dessous d'elle on sentait un sphincter. En écartant les grandes lèvres on apercevait l'anus, situé dans la cloison recto-vaginale à un demi-pouce au-dessus de la commissure postérieure. Cet anus était fermé, muni d'un *sphincter un peu lâche, mais complètement sous le contrôle de la malade. Celle-ci ignorait son infirmité* ; elle était seulement obligée, disait-elle, de prendre des soins de propreté plus minutieux que les autres femmes, après la défécation. Aucune opération ne fut tentée (H. Tuck ; *Boston medic. and surg. Journal*, septembre 1876).

Dans le même ordre d'idées, l'observation suivante due à Boyer, et si riche en détails, nous montre que cette infirmité, si elle n'avait pas échappé à la femme qui en était atteinte, peut exister, sans que les personnes les plus à même de le savoir en aient connaissance.

Obs. xxviii.—Cette femme, âgée de 22 ans, vint consulter pour savoir si elle était atteinte de blennorrhagie. Elle avait l'anus et les organes génitaux parfaitement conformés à l'extérieur. Il existait entre les fesses un enfoncement correspondant à l'anus, et on ne pouvait s'apercevoir que cet enfoncement était imperforé qu'en écartant les fesses. La vulve était normale ainsi que l'entrée du vagin ; mais, quand on introduisit un spéculum dans ce conduit, on trouva, à la profondeur de 5 à 6 centim., une membrane muqueuse tout à fait différente de celle qui le tapisse. Elle était vileuse et présentait des plis transversaux très saillants, qui la faisaient aisément

[1] Observ. xxiv.
[2] Observ. cxix.
Observ. cxx et xxxviii.

reconnaître pour la membrane muqueuse du rectum. En enfonçant plus profondément le spéculum, on pénétra plus avant dans le rectum, et on vit une plus grande longueur de sa membrane muqueuse. Quelle que fût la longueur à laquelle on arrivait avec un spéculum très long et très étroit, on ne trouvait pas de matières fécales. Cette jeune femme raconta que ses matières passaient par la vulve, qu'elles étaient semblables aux matières des personnes bien conformées, et que, par propreté, elle prenait chaque matin un lavement par le vagin. Si elle avait de la diarrhée elle prenait plusieurs lavements, et jamais elle n'avait éprouvé aucun inconvénient de ce vice de conformation. Du reste, *elle allait à la garde-robe quand elle voulait, ayant comme toute autre personne la faculté de retenir ses matières fécales*. Elle n'avait jamais été réglée, et jamais elle n'avait éprouvé aucun symptôme qui annonçât l'existence d'un utérus ou de la rétention des règles. Malgré ce vice de conformation, elle avait en même temps deux amants à l'époque où elle me consultait dans la crainte d'être atteinte d'une blennorrhagie, et je vais dire en langue latine ce qu'elle me raconta : *Nunquam ejus amantes fœdam conformationem suspectaverunt ; quanquam cubarent cum ea, nunquam in coïtu penem infectum fœcibus viderunt ; vulvam osculabantur, et nullum odorem sentiebant; aliquoties in vulvam linguam immiserunt, et nunquam illa fœces gustavit* (Boyer ; *Maladies chirurgicales*, tom. VI).

Naturellement, les matières rendues reproduisent, par leur configuration, la forme du canal de communication ; rarement cylindriques, vermiculaires (Hargraeve), quelquefois fragmentées (Hayward), plus souvent plates, rubannées (Gibert, Goyrand, Lettson, Faure), elles sont presque toujours expulsées lentement. Aussi l'acte de la défécation est-il, chez ces sujets, habituellement plus long qu'il ne l'est dans l'état ordinaire, et, comme l'évacuation est souvent incomplète, il a besoin d'être plus fréquemment répété.

Obs xxix (résumée).—Giovanna Perella, 13 ans. Le rectum s'ouvre à la fosse naviculaire par un orifice arrondi présentant des stries rosées longitudinales. A la place de l'anus, dépression ovoïde peu profonde. L'évacuation des matières fécales s'est toujours faite par l'ouverture anormale existant à la vulve. Les matières, remontant en haut, souillaient les parties

génitales et produisaient de fréquentes excoriations malgré les lavages continuels auxquels elle était obligée. Elle ne se rappelle pas avoir souffert de prolapsus ou de renversement de l'intestin, ni même d'incontinence des matières fécales, *mais elle était obligée d'aller plusieurs fois à la garde-robe dans le cours de la journée sans être jamais pleinement satisfaite.* Elle a beaucoup souffert d'un catarrhe intestinal alternant avec une constipation accompagnée de coliques. Très souvent elle a été tourmentée par une ardeur pénible à l'épigastre ; ces accidents persistent toujours, seulement les coliques sont devenues plus rares, tandis que l'ardeur à l'épigastre s'est aggravée et de plus est accompagnée d'une sensation de pesanteur à l'estomac.

Le 21 décembre 1871, on pratiqua l'opération de Rizzoli. — Succès. (Amabile ; *Il Morgagni*, anno XIV. Napoli, 1872).

Ou bien encore, ce sont de faux besoins qui obligent la malade à se présenter à plusieurs reprises à la selle sans que l'exonération alvine se produise.

Obs. xxx (résumée). — Marie D..., 21 ans, entre dans le service de M. le professeur Duret (de Lille) le 6 mai 1886; à la place de l'anus existe une dépression cutanée, amincie et rougeâtre, assez analogue à une muqueuse ténue. Le rectum s'ouvre sur la paroi postérieure du vagin, à 2 centim. de la fourchette, par un orifice oblique de haut en bas et de gauche à droite, caché par un repli de la muqueuse vaginale qui forme valvule.

Elle n'a commencé à en souffrir qu'à l'âge de 10 ans, auparavant elle allait à la selle facilement et régulièrement. Depuis lors, constipation opiniâtre, ayant duré jusqu'à un mois, s'accompagnant de douleurs, nausées, vomissements. État gastrique permanent. *Pendant ce temps, elle a de fausses envies d'aller à la selle sans pouvoir les satisfaire.* Miction facile. — Réglée pour la première fois à 16 ans. Depuis lors, menstruation régulière, quoiqu'un peu douloureuse.

Le 14 avril, opération : Proctoplastie par la méthode d'Amussat. On réserva pour plus tard l'occlusion de l'orifice recto-vaginal.

Les suites de l'opération furent troublées par une variole confluente grave, survenue le onzième jour après l'opération et qui ne permit pas au chirurgien de suivre la cicatrisation de la plaie. Deux mois après l'opération, l'orifice de l'anus était retréci au point qu'il fut impossible d'introduire l'indicateur dans le rectum. Elle quitta l'hôpital dans cet état. Revue deux ans après, on constata qu'au point de vue des fonctions elle

était dans le même état qu'avant l'intervention. Mariée, elle a accouché à terme d'un enfant normal, après une grossesse régulière (Duros ; Thèse de Paris, 88-89, pag. 66).

Cette nécessité d'évacuations répétées, ces efforts qui n'aboutissent pas, sont relativement encore des inconvénients de peu d'importance, lorsque, comme dans les observations qui précèdent, les selles restent soumises à l'action de la volonté. Il n'en est pas toujours ainsi, malheureusement. Le plus habituellement, en effet, s'y joint l'incontinence des matières fécales. Celles-ci s'écoulent sans obstacle à mesure qu'elles gagnent la portion inférieure de l'intestin, souillent les vêtements et les parties génitales de la femme et nécessitent des soins continuels de propreté. De cet état de choses résulte une infirmité répugnante et dégoûtante au plus haut degré.

Cette infirmité peut se compliquer encore : ainsi, chez cette fillette de 7 ans dont Ammon a donné le dessin dans son atlas, il s'était produit à travers l'ouverture anormale un prolapsus du rectum ; il en était de même dans les cas rapportés plus loin, de Burns et de Wedel [1].

Voici l'observation d'Ammon :

Obs. xxxi. — Fille de 7 ans, saine et bien constituée. L'anus est fermé par une sorte de tissu cicatriciel ; les organes génitaux externes ne présentent aucune anormité, seulement à la paroi postérieure du vagin, à l'endroit où l'hymen a son insertion, *le rectum se présente un peu prolabé, et par son ouverture, les matières fécales s'écoulent involontairement* (Ammon ; *Angebor. chir. krankheiten.* Berlin, 1839-1842).

Dans quelques cas plus heureux, l'incontinence des matières n'est pas absolue et tient à la manière d'être des selles. Ainsi, tandis que les matières solides peuvent être retenues au gré de la femme, la sortie de ces matières se fera involontairement

[1] Observ. lx et cxliii.

quand il y aura de la diarrhée. C'est ce que Gosselin et Rosner ont nettement consigné dans leur observation [1].

Quoi qu'il en soit du mode suivant lequel se fait l'expulsion des selles, que cette évacuation soit volontaire ou inconsciente, qu'elle ait lieu au milieu d'efforts violents ou facilement, le passage des matières à travers la vulve, leur mise au contact avec une muqueuse fine et délicate amène sur cette dernière et sur les téguments des parties environnantes qu'elles souillent des lésions irritatives, analogues à celles que produit le contact de l'urine avec les mêmes parties chez les femmes atteintes de fistules vésico-vaginales. La surface interne et supérieure des cuisses est rouge et fendillée comme dans l'intertrigo des enfants à la mamelle (Krauss)[2], la muqueuse des grandes et petites lèvres est décolorée, tuméfiée, sensible, couverte d'érosions (Krauss, Amabile, Hergott, Rizzoli)[3], l'hymen engorgé, douloureux (Rizzoli)[4]. Dans un cas même, on a noté des végétations dont l'origine est nettement attribuée par Doyon, qui en est le rapporteur, à l'irritation produite par le passage des matières fécales[5].

Reste à voir, pour compléter cette énumération des troubles déterminés par l'existence d'un anus génital, ce que deviennent les fonctions de la génération.

A priori, il est facile de présumer qu'elles ne doivent en recevoir aucun empêchement. Ne savons-nous pas, en effet, que des femmes dont le bas-fond de la vessie était entièrement détruit et dont les cavités vésicale et vaginale étaient confondues en un véritable cloaque, ont pu concevoir et accoucher? Courty[6] a

[1] Observ. XIII et XXXVI.
[2] Observ. XII.
[3] Observ. XXII, XXIX, LXXXIV et CXXIV.
[4] Observ. CXX.
[5] Observ. LXXII.
[6] Courty; Traité des maladies de l'utérus, pag. 1387, 1881.

connu une de ces malheureuses qui avait fait six enfants depuis la formation de sa large fistule.

Ce que des déductions tirées de comparaisons légitimes pouvaient faire admettre, est pleinement confirmé par la lecture des observations. Les exemples abondent pour nous démontrer le régulier exercice des fonctions génitales. La femme observée par Gibert ignorait totalement son infirmité, et son mari comme le médecin qui l'assista dans trois couches ne s'en étaient pas aperçus. Les détails latins avec lesquels Boyer termine son observation nous montrent jusqu'à quel point ignorants de l'anomalie dont elle était affligée étaient les amants de la femme qui en fait l'objet.

Malgré son vice de conformation, la fille soumise à l'examen de Switzer recevait de nombreux amants.

Obs. xxxii. — Switzer cite le cas d'une fille publique, qu'il connaissait, qui avait une imperforation congénitale de l'anus, et chez laquelle le rectum s'ouvrait dans le vagin. Cette fille lui apprit qu'elle ne souffrait pas en allant à la selle, et elle n'était aucunement incommodée si elle se lavait soigneusement avec une éponge après chaque évacuation. S'il faut en croire ses paroles, dit Switzer, *elle avait de nombreux amants* (Switzer; *Observ. sur la Colotomie*, pag. 79, 1826).

Mon père m'a dit tenir de son maître, le professeur Courty, l'histoire d'une fille de Lunel affligée de cette infirmité et qui ne s'en livrait pas moins au libertinage. Il a lui-même observé une femme, dont il est fait une simple mention dans son travail sur les *Anomalies de l'homme,* qui était parvenue, à force de soins, à dissimuler son infirmité à son mari.

Obs. xxxiii (inédite). — Au mois de mai 1869, je fus consulté par une femme de Montélimar pour une métrite de date déjà ancienne. En procédant à l'examen au spéculum, je ne fus pas peu surpris de constater l'absence d'orifice anal. A sa place existait un léger enfoncement de la peau, entouré de plis radiés et présentant une teinte plus foncée que les parties voisines. Quand j'eus écarté les grandes lèvres, je constatai que le rectum

venait s'aboucher dans le vestibule, un peu en arrière de la commissure de la vulve, par un orifice permettant la facile introduction de l'index. Cette manœuvre provoquait une certaine contraction de l'orifice anormal.

Cette femme, qui était alors âgée de 35 ans, me dit qu'elle était instruite du vice de conformation dont elle était porteur, mais que, pouvant retenir les matières et les expulser sans trop d'efforts, elle n'avait jamais ressenti la moindre incommodité. *Elle l'avait laissé ignorer à son mari* et à la sage-femme qui l'avait accouchée à deux reprises. — Il n'existait pas d'autre malformation (Alb. Puech ; *Documents inédits*).

Il n'y a guère à opposer à cet accord presque général des observations, pour reconnaître le régulier accomplissement des rapports sexuels, que le fait relaté plus haut et dû à Gosselin[1]. C'est, en effet, le seul cas où il soit dit que les rapports aient été difficiles et douloureux. Ils ne le furent pas assez cependant pour empêcher la femme d'avoir successivement deux grossesses, suivies l'une et l'autre d'un accouchement heureux. En tout cas, nous sommes loin de l'horoscope de Louise Bourgeois. Le vœu formulé par la célèbre sage-femme, à la suite de sa si intéressante observation, est resté, comme tant d'autres, purement platonique.

Obs. xxxiv. — Il y a quelque temps qu'un homme du faux-bourg Saint-Germain me fit aporter une petite fille, de laquelle sa femme estait accouchée il n'y avait que quatre jours, pour me la montrer, pour voir s'il n'y avait point de remède à un défaut de nature qui estait en elle, qui estait de n'avoir point de siège. Je vis une puissante enfant laquelle avait toutes ses fonctions naturelles, car elle tétait fort bien, pissait et faisait une matière fécale encore qu'elle n'eut point de cul. Nature, voyant avoir failli en la formation de cet enfant, répara au mieux qu'elle put le deffaut, tellement que l'intestin rectum n'ayant issue particulière à luy, nature luy donna passage par la porte de son voisin, qui fut par le conduit. Je ne puis mieux accomparer cela, que l'intestin à un tuyau de plomb, qui droit le long d'une muraille acconduit l'eau des gouttières dans une cour, au bas duquel il est

[1] Observ. xiii.

courbé. Je certifie l'avoir veue et visitée; l'ay veu téter, pisser et faire ses affaires ainsi comme j'ay dit. Cette affaire appartenait à la chirurgie pour en adviser, mais il ne me semblait point, sauf meilleur avis que le mien, qu'il fallust rien faire à cela, puisque rien ne s'arrestait dans son corps L'advis des chirurgiens s'est trouvé semblable au mien. Je scay que feu monsieur Paré en a souvent veu sans cul, mais la matiére s'arrestait (n'ayant autre yssue) qui les faisait mourir ; à d'aucuns l'on l'ouvroit, qui ne laissoient pas de mourir à cause de la plaie qu'on leur faisoit. *Si toutes celles qui se plaisent à desbaucher les hommes mariés étaient ainsi faictes, les hommes se distrairoient promptement de tel amour, pour aimer parfaictement leur femme* (Louise Bourgeois ; livre 2, pag. 37. Paris 1617).

Tout comme l'accomplissement des rapports sexuels, l'accouchement se passe avec la même régularité. Il ne semble pas que, du fait de l'existence d'un anus vulvaire ou vaginal, le travail doive subir la moindre entrave, et si, dans quelques cas, l'intervention de l'accoucheur a été nécessaire (Fournier, Benicke et Rosner), c'est que, pas plus que les autres parturientes, la femme atteinte de cette anomalie n'est à l'abri des accidents qui peuvent constituer, à un moment donné, une indication à cette intervention.

Le plus souvent, le ou les accouchements ont été très heureux et très faciles. C'est ainsi que, sur un relevé de 23 accouchements portant sur 13 femmes, 20 furent absolument normaux. Neuf femmes étaient primipares (Schenck, Chaussier, Cooke, Fournier, Tuck, Benicke, Duros, Piering, Rosner) ; deux accouchèrent deux fois (Gosselin, Puech) ; une, trois fois (Gilbert) ; une, sept fois (Hill).

Dans le cas de Benicke [1], il fallut terminer l'accouchement par une application de forceps, à cause de la faiblesse des bruits du cœur de l'enfant. Ce fut la longue durée du travail (cinq jours) qui obligea Fournier à recourir à une intervention, dont la nature ne nous est pas indiquée :

[1] Observ. LI.

Obs. xxxv. — Je fus appelé, il y a plusieurs années, pour donner mes conseils à trois élèves en chirurgie, qui *depuis cinq jours* essayaient vainement d'accoucher une femme. Cette malheureuse, bien constituée et âgée de 22 ans, éprouvait d'horribles angoisses. Ayant appris qu'elle était fort constipée et n'avait point eu de garde-robe depuis huit jours, je prescrivis un lavement. L'un des élèves, chargé de cette opération, s'évertuait inutilement pour trouver l'ouverture de l'anus. J'allai à son secours, et je reconnus que l'anus était imperforé : nul vestige ne l'indiquait, une ligne semblable au raphé partait du coccyx et se terminait à la vulve. J'introduisis le doigt dans le vagin, et je trouvai l'intestin rectum flottant et comprimant la matrice, attendu qu'il était rempli d'excréments. Son ouverture était aussi large que son diamètre, c'est-à-dire qu'il n'y avait point de sphincter. La canule y fut introduite, et le lavement pénétra dans l'intestin, d'où il sortit sur-le-champ une prodigieuse quantité de noyaux de cerise, agglomérés avec des matières fécales. *Après cette évacuation, je terminai l'accouchement.*

Cette fille, honteuse de l'imperfection dont la nature l'avait affligée, la tenait secrète, et n'osait, de crainte de se trahir, indiquer l'endroit où il fallait introduire le lavement dont elle avait si grand besoin (Fournier ; *Dictionnaire des Sciences méd.*, 1813, Art. *Cas rares*, pag. 155).

Si l'intervention fut plus grave dans le cas de Rosner, il ne semble pas qu'il faille davantage en faire remonter la cause au vice de conformation. La situation élevée de la tête au-dessus du détroit supérieur et le prolapsus d'un bras doivent être surtout incriminés : l'accumulation des matières fécales, déterminée par l'anomalie, ne peut avoir eu qu'une faible part, puisque sa levée n'a en rien modifié la marche irrégulière du travail.

Obs. xxxvi (résumée). — Fille de 24 ans, primipare. La défécation se faisait volontairement par le vagin, sauf quand il y avait diarrhée. A la fin de la grossesse, constipation ; pas de selle pendant la dernière semaine. Bonne constitution, bassin normal.— Malgré de fortes douleurs, le travail n'avançait pas. Par l'exploration abdominale, on sentait la tête au-dessus du détroit supérieur ; prolapsus d'un bras. Plus de bruits fœtaux. — Sur la paroi postérieure du vagin, on voit un orifice permettant l'introduction du doigt et qui conduit dans le rectum. Une énorme masse de matières accumulées en ce point rétrécit la lumière du vagin et gêne l'exploration

intérieure. — Il fallut de nombreux lavements par l'anus anormal pour expulser cette masse, ce qui permit les manœuvres.— On pratiqua la décapitation de l'enfant avec le crochet de Braun ; l'accouchement se termina alors rapidement. Suites normales.

L'orifice anormal, siégeant sur la paroi postérieure du vagin, est éloigné d'environ 4 centim. de l'entrée.— A la place normale de l'anus, dépression en cœcum (Rosner ; *Canstatt's Iahresbericht*, 1887, pag. 667, tom. II).

Nous devons enfin faire remarquer que, dans plusieurs cas, c'est la circonstance même de l'accouchement qui, en appelant l'exploration des parties, a conduit au diagnostic. Ainsi, Cooke (de Boston) fit cette découverte en assistant dans son accouchement une femme de 40 ans [1]. Il en fut de même, dans le cas de Fournier et dans ceux déjà rapportés de Tuck et de Piering [2].

A son tour, l'influence de l'accouchement sur l'anomalie ne paraît pas plus défavorable. Nous n'avons nulle part rencontré d'observation où soient notés de nouveaux et fâcheux changements apportés, de son fait, à la cloison recto-vaginale. Quelque fondées que puissent paraître les craintes exprimées à cet égard par Ricateau [3], elles n'ont pour elles que le raisonnement : les faits ne sont pas encore venus les confirmer.

Cette variabilité dans les troubles fonctionnels, cette diversité d'allures que révèle l'analyse de chaque observation, rendent difficile l'exposé synthétique de la symptomatologie de l'anus vulvaire et vaginal. Prendre à un cas un détail qui lui est propre, le joindre à ceux différents fournis par les autres observations, les arranger en un ensemble où serait mis plus ou moins en relief tel ou tel d'entre eux, suivant les goûts de l'auteur ou les impressions du moment, serait fatalement s'exposer à présenter une description ou inexacte ou incomplète : les différences

[1] Observ. LXIII.
[2] Observ. XXVII et IV.
[3] Ricateau ; *loc. cit.*, pag. 39.

sont trop grandes dans la plupart des cas, les couleurs de tons trop divers, pour que dans l'ensemble du tableau l'une d'elles ne prédomine trop à l'exclusion des autres et, partant, pour que ce dernier réponde bien à la réalité. Il m'a paru plus légitime, plus conforme aux exigences de la clinique de procéder par analyse et d'énumérer, pièces en main, les allures symptomatiques si variées du cloaque recto-génital.

Peut-être aurait-on pu essayer de grouper les faits et d'établir une classification, basée sur la gravité des symptômes. Mais de combien de critiques cette manière d'agir n'aurait-elle pas été passible? Du plus au moins la nuance est difficile à saisir : elle restait, en tout cas, soumise à l'arbitraire d'une appréciation toute personnelle.

Quoi qu'il en soit, malgré cette absence de phénomènes constants et caractéristiques, les symptômes offerts par l'anus génital peuvent mettre, dans quelques cas, le chirurgien sur la voie du diagnostic ; ou du moins être le point de départ de recherches que sans eux rien n'aurait sollicité à entreprendre.

Nécessairement, c'est l'examen de la région ano-génitale qui, seul, permet de porter un *diagnostic* précis. Aussi l'importance des symptômes fonctionnels ne serait-elle que bien secondaire si, conformément aux conseils classiques, le médecin ou la sage-femme qui assistent une accouchée procédaient régulièrement, dès que l'enfant vient de naître, à l'examen de tous les orifices naturels (Trélat). Ce sage conseil est malheureusement trop peu suivi : l'examen n'a été que superficiel ou même nul de la part du médecin trop confiant. L'enfant, abandonnée dès lors à la garde, est maintenant entourée des langes, qui dérobent à une exploration plus minutieuse le vice de conformation tout d'abord méconnu.

Divers cas peuvent se présenter.

L'orifice de communication est très étroit, et alors l'évacua-

tion du méconium est ou impossible ou insuffisante. C'est l'apparition à bref délai des phénomènes de l'obstruction intestinale, entraînant, comme corollaire, la nécessité d'un examen approfondi de toutes les parties du corps et, en particulier, de l'orifice anal.

L'orifice de communication plus large a permis l'expulsion du méconium, et, à sa suite, des matières liquides ou semi-liquides qui constituent les premières selles. Soit par incurie, soit par ignorance, les parents méconnaissent le vice de conformation de leur enfant. A l'enquête du médecin sur la manière d'être des selles on répond par de rassurants renseignements ou par l'exhibition de linges convenablement souillés. Surviennent les modifications apportées par le temps et le changement de nourriture dans la consistance des matières et, avec elles, les troubles de la défécation, qui est pénible, douloureuse. Là encore, c'est le menaçant cortège des phénomènes de rétention qui sollicite, comme dans le cas précédent, quoique plus tardivement, l'examen du médecin.

Au fur et à mesure que l'enfant avance en âge, cette symptomatologie devient moins bruyante et surtout moins caractéristique : des coliques plus ou moins durables, des alternatives de diarrhée et de constipation, de l'amaigrissement, conséquence de la mal-nutrition déterminée par un pareil état de choses... constituent des symptômes trop insuffisants et trop peu caractéristiques, pour engager un esprit non prévenu à émettre la supposition d'une anomalie de l'orifice anal, et l'entraîner à une vérificatrice exploration.

Dans une quatrième catégorie rentrent les cas où les troubles fonctionnels, à peu près nuls ou même nuls, ont laissé la femme dans l'ignorance la plus parfaite de son vice de conformation : le hasard seul ou une occasion (affection quelconque des organes génitaux, accouchement, etc...) ont révélé l'anomalie jusque-là méconnue.

Seule, l'exploration des parties reste donc la condition indispensable au diagnostic. C'est par elle que le chirurgien pourra se rendre compte de la manière d'être de la région anale, de l'existence d'un abouchement anormal, du siège vulvaire ou vaginal de l'orifice, du calibre et de la direction du canal de communication, de la facilité ou de la difficulté des selles, de la sortie volontaire ou non des fèces... — toutes données nécessaires pour établir le pronostic, décider de l'intervention, fixer sur le mode de traitement qui conviendra le mieux au cas particulier.

La vue, le toucher, l'introduction dans le vagin du doigt, d'une sonde ou d'un spéculum, si la femme est déjà avancée en âge, permettent facilement, en général, de se rendre compte de tous ces détails. Je n'y insisterai guère.

Tout au plus, le chirurgien doit-il être mis en garde contre certaines des particularités offertes par la région périnéale et que nous avons déjà signalées ; l'existence d'une dépression naturelle, arrondie, présentant des plis radiés et la coloration brunâtre habituelle, pourrait, en effet, en imposer à un examen superficiel et laisser croire à la présence d'un anus en parfaite communication avec le rectum, si surtout, comme c'est ici le cas le plus fréquent, le sujet porteur de ce vice de conformation a rendu pendant un temps plus ou moins long des matières fécales. De là, l'obligation pour le chirurgien de fouiller les profondeurs de ce faux anus, d'en étaler les plis, d'en reconnaître la terminaison en cul-de-sac, d'en mesurer la hauteur avec le doigt.

Par l'exploration digitale de la région ano-périnéale, il devra encore chercher à se rendre compte de l'existence ou de l'absence de l'ampoule rectale et à en percevoir le contenu ; tandis que, pour rendre la manœuvre plus facile, la main libre placée sur l'abdomen exercera de haut en bas sur l'épigastre, et surtout du côté gauche, une pression destinée à refouler vers le

périnée et accumuler dans le rectum les matières qui se trouveraient dans le côlon lombaire et l'S iliaque.

S'il s'agit d'une enfant déjà avancée en âge, et à plus forte raison d'une jeune fille ou d'une femme adulte, le seul fait d'absence de l'anus, joint à la possibilité d'évacuer les matières fécales, mettra fortement sur la voie du diagnostic. Pour que la défécation soit ainsi possible, il faut nécessairement qu'il y ait abouchement anormal du rectum, et cet abouchement ne peut guère avoir lieu que dans les parties génitales externes.

L'ouverture anormale de l'intestin dans l'urèthre, chez la femme, n'est en effet établie que sur de trop rares et encore contestables exemples. Ainsi que le fait remarquer Bouisson[1], l'observation de Licetus est exposée avec des détails insuffisants et par un auteur d'ailleurs peu sévère en matière de descriptions anatomiques ; et le cas du même genre cité par Morgagni ne porte pas le caractère rigoureux des observations de ce grand anatomiste, car il ne le rapporte que par ouï-dire. Même l'exemple si souvent cité de Broca, et considéré par le Professeur de Montpellier comme démonstratif, n'est rien moins que douteux. Jeannel, qui l'a commenté avec beaucoup de soin dans son travail sur la *Pathogénie des mal, ormations de l'anus et du rectum*[2], n'y voit qu'un exemple de persistance du cloaque : la poche dans laquelle l'intestin est dit venir s'aboucher, et que Broca qualifie de vessie, n'est pas pour lui la vessie, «mais bien le cloaque purement et simplement conservé avec ses rapports avec l'ouraque non dilaté pour former la vessie, avec le canal utéro-vaginal malformé et avec l'intestin». — Quant à l'ouverture de l'intestin dans l'utérus, elle n'est signalée nulle part. Lobligeois en nie formellement l'existence[3].

Il suffira d'écarter les lèvres de la vulve pour découvrir l'ori-

[1] Bouisson ; Thèse de concours, 1851, pag. 46.
[2] Jeannel ; *Revue de chirurgie*, 1887, pag. 279.
[3] Lobligeois ; Thèse de Paris, 1856, n° 259.

fice de communication, lorsque celui-ci siège près de la commissure postérieure, au niveau de la fourchette, en avant de l'hymen. Quelquefois même, l'anus anormal s'offre béant à l'examen, par le seul fait de la position de l'enfant en décubitus dorsal, les cuisses fléchies et écartées, sans qu'il soit besoin d'avoir recours à des manœuvres exploratrices (Ricateau). Celles-ci, au contraire, seront nécessaires, si l'ouverture a son siège plus ou moins haut dans le vagin ; sa découverte est alors plus délicate. Dans ces cas, l'exploration méthodique du vagin avec une sonde métallique ou un stylet de trousse qui en suit la paroi postérieure rendra les plus grands services. Si au lieu d'une enfant on a affaire à un sujet plus âgé, on procédera à cet examen à l'aide d'une valve de Sims appliquée sur la paroi antérieure du vagin ou avec deux écarteurs placés sur les parties latérales, tout comme pour les fistules recto-vaginales pathologiques.

C'est encore en portant une sonde ou un stylet dans l'orifice ainsi découvert que le chirurgien cherchera à reconnaître les dimensions et la direction du conduit qui lui fait suite ; l'existence d'une ampoule rectale descendant vers le périnée ; qu'il pourra en déterminer le siège, se faire une idée de l'épaisseur plus ou moins grande des tissus qui la séparent du point où normalement devrait siéger l'anus.

Quant au diagnostic différentiel avec l'anus contre nature vaginal dû à l'issue d'une anse d'intestin grêle à travers une déchirure accidentelle du vagin, les fistules recto-vaginales et recto-vulvaires pathologiques, les perforations consécutives à des ulcérations syphilitiques et cancéreuses, nous n'en parlons que pour mémoire : il ne présente, dans aucun cas, de difficulté ; à vrai dire, il n'a même pas à se poser. Les commémoratifs suffiraient à lever tous les doutes, et plus encore les caractères offerts par la région anale. Aussi ne comprend-on guère qu'après avoir constaté l'absence d'anus, dont le siège n'était indiqué que par une petite dépression de la peau, Hill ait pu ajouter foi au récit

de sa malade et admettre l'origine accidentelle d'une communication anormale recto-vulvaire, dont la congénialité nous paraît, par ce seul fait, nettement démontrée.

Obs. xxxvii. — La patiente est mariée et mère de sept enfants. Le vice de conformation ne fut découvert que fortuitement, en pratiquant un examen au spéculum.

Le périnée est très étroit, et le *siège de l'anus n'est indiqué que par une petite dépression de la peau.* En pratiquant le toucher vaginal, on découvre sur la paroi postérieure, et près de la vulve, un orifice qui admet facilement l'introduction du doigt indicateur. Il semble même qu'il existe autour de cet orifice fistuleux une espèce de sphincter, car le doigt peut percevoir une sorte de contraction.

La malade avait été assez habile pour dissimuler l'existence de la fistule à son mari et à son médecin, qui l'avait cependant accouchée plusieurs fois.

Il s'agit très probablement *d'une fistule accidentelle* (?), et la malade en fait remonter la formation à une date ancienne. Elle raconte qu'étant jeune fille *elle tomba d'un arbre sur une branche qui pénétra dans le vagin, et produisit une déchirure* qu'elle ne voulut pas laisser examiner par le médecin. En présence de ce refus, celui-ci s'était borné à faire placer un tampon huilé dans le vagin, afin de prévenir les adhérences (Hill ; *Boston med. Journ.*, 1878).

CHAPITRE V

Pronostic.

Le manque d'uniformité dans les troubles déterminés par les anus vulvaires et vaginaux rend le pronostic excessivement variable. Comme nous pouvons le voir par la lecture des observations déjà rapportées, comme nous le disions au début du précédent chapitre, cette anomalie va, dans certains cas, jusqu'à compromettre l'existence même de l'enfant ; dans d'autres, elle ne constitue qu'une infirmité compatible avec la vie.

Aux faits déjà cités et qui montrent le bien-fondé de cette dernière assertion nous pourrions encore en ajouter d'autres. De Jussieu rapporte qu'il a connu une fille de 7 à 8 ans qui avait l'anus fermé et rendait ses excréments par la vulve. Van Swieten a connu également une fille nubile de 16 ans, chez laquelle les matières fécales s'écoulaient par les organes génitaux. Consulté pour un cas d'ouverture anormale du rectum en arrière de la vulve, Chaussier répondit qu'il avait déconseillé l'opération à une jeune dame ayant toujours joui d'une bonne santé, mariée et accouchée heureusement, qui n'avait pas d'anus et vivait avec une ouverture de communication entre le rectum et le vagin. Hoesbart a vu, de son côté, une fille de 20 ans, dont les excréments passaient par la vulve, l'anus étant imperforé : elle jouissait d'une santé excellente. Enfin Mercurialis nous a transmis l'histoire de la fille d'un hébreu de Padoue, appelé Teutonicus, qui était venue au monde sans anus et rendait ses excréments par le vagin ; malgré cette incommodité, elle parvint à l'âge de 100 ans, ainsi qu'il est dit dans Morgagni.

Bien mieux encore, le tableau suivant, que nous avons dressé à l'imitation de celui de Giraldès, met hors conteste la viabilité des sujets porteurs de cette anomalie. Ce tableau, en même temps qu'il repose sur un plus grand nombre de faits — 87 au lieu de 22 — est, en outre, complété par l'adjonction d'une colonne donnant plus de valeur à la date renfermée dans celle qui la précède.

NOM DE L'OBSERVATEUR	AGE DU SUJET	REMARQUES
Athol Johnson.....	1 mois.	époque de l'opération.
Puech (A.).....	5 semaines.	époque de la mort.
Hergott.....	5 —	époque de l'opération.
Grynfeltt.....	5 —	—
Rhéa Barton.....	6 —	—
Aveling.....	6 —	—
Furst.....	8 —	époque où elle fut observée.
Schurirgius.....	8 —	époque de l'opération.
Jarjavay.....	2 mois.	—
Caussade.....	2 —	—
Sennert.....	9 semaines.	époque où elle fut observée.
Osterloh.....	10 —	époque de l'opération.
Bompaire.....	2 mois 1/2	—
Lefort.....	3 —	—
Kuster.....	3 —	—
Garland et Morrisson.	3 —	—
Dieffenbach.....	3 —	—
Rizzoli.....	3 —	—
Wagner.....	3 —	—
Barrière (de la).....	3 — 1/2	—
Ashbel Smith.....	4 —	—
Curling.....	4 —	—
Brachet.....	4 —	—
Kuster.....	4 —	—
Giraldès.....	4 —	—
Schurirgius.....	4 —	—
Healy.....	4 —	—
Naudin.....	5 —	—
Nagel.....	6 —	—
Hartmann.....	6 —	époque où elle fut observée.
Mœbius.....	6 —	—
Melchiori.....	6 — 1/2	époque de l'opération.
Massari.....	6 — 1/2	—

NOM DE L'OBSERVATEUR	AGE DU SUJET	REMARQUES
Jeannel (de Vendôme)	7 mois.	époque de l'opération.
Fabrice de Hilden...	7 —	—
Bauer.....	10 —	—
Goyrand.....	11 —	—
Hargraeve.....	12 —	—
Hayward.....	12 —	—
Olinet.....	12 —	—
Parrish.....	15 —	—
Rizzoli.....	17 —	—
Rizzoli.....	26 —	—
Lettson.....	2 ans 1/2	—
Krauss.....	3 —	époque où elle fut observée.
Ricateau.....	4 —	époque de l'opération.
Desgranges.....	4 —	—
Lane.....	4 — 1/2	—
Duret.....	5 —	époque où elle fut observée.
Péan.....	5 —	—
Inconnu.....	6 —	—
Minado.....	6 —	—
Ammon.....	7 —	—
Jussieu (de).....	8 —	—
Rizzoli.....	9 —	époque de l'opération.
Petit.....	10 —	époque où elle fut observée.
Bérard (A.).....	10 —	époque de l'opération.
Doran.....	11 —	époque de la mort.
Rovillain.....	13 —	époque de l'opération.
Amabile.....	13 —	—
Rizzoli.....	14 —	—
Guillon.....	15 —	—
Van Swieten.....	16 —	époque où elle fut observée.
Beniveni.....	16 —	époque de la mort.
Howship.....	17 —	—
Lever.....	18 —	époque où elle fut observée.
Melchiori.....	19 —	—
Hœsbart.....	20 —	—
Petermann.....	20 —	—
Stoker.....	21 —	—
Duros.....	21 —	époque de l'opération.
Benicke.....	21 —	époque de l'accouchement.
Ricord.....	22 —	époque où elle fut observée.
Neale.....	22 —	(?)
Boyer.....	22 —	époque où elle fut observée.
Fournier.....	22 —	époque de l'accouchement.
Doyon.....	23 —	époque où elle fut observée.

NOM DE L'OBSERVATEUR	AGE DU SUJET	REMARQUES
Piering.....	23 ans.	époque de l'accouchement.
Rosner.....	24 —	—
Melchiori.....	27 —	époque de l'opération.
Mackinstosh.....	29 —	(?)
Deutsch.....	29 —	époque où elle fut observée.
Puech (A).....	35 —	—
Melchiori.....	36 —	époque de l'opération.
Cooke.....	40 —	époque de l'accouchement.
Gibert (du Havre)...	48 —	époque où elle fut observée.
Mercurialis.....	100 —	époque de la mort.

Naturellement, ce tableau, destiné à prouver la viabilité d'un grand nombre d'enfants nés avec ce vice de conformation et la possibilité pour quelques-uns d'arriver à un âge très avancé, laisse de côté une série de faits qui n'en doivent pas moins être retenus, quand il s'agit d'établir le pronostic de cette malformation. Ce sont ces cas où, quelques heures ou quelques jours après la naissance, ont éclaté des accidents graves, qui ont tantôt amené une terminaison mortelle, tantôt, tout au moins, obligé le chirurgien à recourir à une intervention. C'est ainsi que sur 26 enfants, que leur trop jeune âge fait rentrer dans cette catégorie — mise à part l'observation de Louise Bourgeois — 6 succombèrent peu après la naissance, du premier jour (Bell), au sixième jour (Heppner) ; chez les 19 autres, on dut avoir recours à une opération !

L'examen simultané des deux dernières colonnes de notre tableau est des plus instructifs. Abstraction faite des deux cas de Neale et de Mackintosh, que j'ai cités sur la foi de Giraldès et sur lesquels je n'ai pu, malgré tout, avoir des renseignements, nous voyons que l'âge du sujet renfermé dans la colonne du milieu est: 4 fois la date de la mort, 51 fois celle de l'opération, et 29 fois représente celui où l'enfant était parvenu au moment où

il a été observé[1]. Ce que la lecture seule de cette seconde colonne pourrait, à première vue, inspirer de trop favorable dans le pronostic des anus vulvaires et vaginaux, est donc légitimement atténué par le détail contenu dans la troisième. Les deux mentions, mort ou opération, que nous y trouvons, 4 fois pour la première et 51 fois pour la seconde, nous apprennent, si nous ne savions déjà par l'histoire symptomatique des anus vulvaires et vaginaux, que, même à une époque éloignée de la naissance, cette anomalie constitue une menace pour la vie de la femme, ou est l'occasion de troubles graves l'obligeant à en appeler aux ressources de l'art.

Si déjà aussi nous n'étions familiarisés avec les allures que revêt la symptomatologie, peut-être nous étonnerions-nous d'un fait bien mis en lumière par le tableau qui vient d'être dressé : au fur et à mesure que l'âge augmente dans la deuxième colonne, la mention « époque de l'opération » diminue dans la troisième. Ainsi, sur une première série de 44 enfants de 1 mois à 3 ans, nous trouvons 39 fois cette mention ; nous ne la rencontrons plus que 12 fois, dans la seconde série comprenant 43 sujets âgés de 3 à 100 ans. La raison en est facile à comprendre.

Pour que la symptomatologie des anus vulvaires et vaginaux reste silencieuse, pour que les troubles déterminés par l'existence d'une pareille anomalie n'offrent pas de graves dangers, il faut que l'émission des matières fécales soit facile, ou tout au moins possible. Or, une condition indispensable au fonctionnement régulier de la défécation est le maintien des rapports entre les dimensions de l'orifice anormal et le volume des matières fécales. Mais que l'anus contre nature conserve son diamètre primitif, alors qu'avec l'âge les matières acquerront un volume plus considérable et une consistance plus grande les

[1] Nous n'avons pas compté, à dessein, le cas de Mercurialis : l'âge avancé auquel succomba la malade ne permet guère, en effet, d'attribuer la mort à son vice de conformation.

empêchant de se plier aux exigences de l'orifice trop étroit, la défécation se fera mal ou ne se fera plus du tout, et les accidents graves qui en sont la conséquence se montreront.

Ce renversement d'un équilibre aussi précieux coïncide, ainsi que nous l'avons signalé, avec les modifications apportées dans la manière d'être des matières fécales par le changement de nourriture de l'enfant. Dès lors, rien de plus naturel que ce soit précisément à l'âge où ce changement de régime s'effectue, que ces troubles apparaissent le plus fréquemment et, partant, que plus élevé aussi qu'à aucune autre époque soit le chiffre des opérations entreprises pour y remédier. Que si, au contraire, l'enfant, ayant expulsé son méconium et arrivé au moment du sevrage, franchit sans encombre cette époque redoutable, les accidents ont de moins en moins chance de se produire : par suite du passage journalier et de la répétition des selles, ou bien participant comme un anus normal au développement progressif de tout le corps (Gosselin), l'orifice de communication recto-génitale s'est agrandi, et donne facilement issue aux matières solides et de plus en plus volumineuses. C'est l'éloignement quelquefois définitif des inconvénients ou des dangers d'une rétention incomplète ou absolue : de là, l'indication de plus en plus rare d'une intervention chirurgicale.

Nous voyons donc, par ce qui précède, l'élément considérable fourni par l'âge, dans le pronostic de cette malformation. A l'inverse de ce qui a lieu pour les malformations ano-rectales en général, où, d'après Giraldès[1], « la gravité du pronostic est d'autant plus grande que le nouveau-né qui en est atteint s'éloigne du moment de la naissance », le pronostic ici s'améliore d'autant plus que l'enfant avance de plus en plus en âge.

Comme bien des formules en médecine, cette formule est forcément trop étroite et n'a rien d'absolu. Ce serait s'exposer à

[1] Giraldès ; Art. *Anus*, in *Dict. de Jaccoud*, pag. 623.

de cruels mécomptes que de se fier trop rigoureusement à elle. Consulté, le chirurgien prudent et instruit par les faits se rappellera quelle menace est pour l'avenir de la jeune fille ou de la femme l'existence d'une pareille anomalie : il aura par devers lui les exemples de Beniveni, de Howship, de Lane, de Rizzoli, de Guillon, de Melchiori....

Sans doute, dans tous ces cas, la vie même de la femme n'était pas directement en danger ; dans quelques-uns, l'opération n'a pas eu le caractère d'urgence qu'elle a revêtu dans la plupart.

Mais est-il besoin de rappeler la série de maux et d'inconvénients sérieux que procure à la malheureuse qui en est atteinte ce vice de conformation : épreintes; coliques avec ballonnement du ventre; constipations opiniâtres durant vingt jours, un mois ; alternatives de diarrhée et de constipation; selles pénibles, douloureuses, nécessitant l'usage fréquent de purgatifs ou d'artifices divers, et qui obligent la femme à recourir à une « véritable stratégie pour déloger l'ennemi de la place [1] » — tout cela entraînant à la suite un état gastro-intestinal plus ou moins grave, de l'anémie, de la céphalalgie, de l'amaigrissement, auxquels se joint la préoccupation constante pour la malade de vider son intestin.

Nous savons, par l'examen des faits, au prix de quel inconvénient, aussi sévère peut-être que ceux qui viennent d'être énumérés, la femme doit de ne point voir ces derniers se produire : dans bien des cas, la facilité des selles est compensée par cette circonstance qu'elles sont involontaires. C'est donc l'incontinence des matières, avec son cortège habituel de désordres. Souillant les parties génitales externes et la face interne des cuisses, déterminant en ces divers points de pénibles irritations et des excoriations douloureuses, tachant les vêtements, obligeant la femme à une surveillance continuelle d'elle-même, forçant,

[1] Duros; *loc. cit.*, pag. 32.

même celles que les observateurs nous représentent comme les plus favorisées, à des soins de propreté plus minutieux que les autres femmes, les matières fécales s'écoulent librement au dehors, au fur et à mesure qu'elles gagnent la partie inférieure de l'intestin :

Obs. xxxviii.— Chez cette jeune fille de 10 ans, d'une santé habituellement parfaite, le rectum suivait le vagin dans tout son trajet et venait s'ouvrir, derrière lui, dans la commissure postérieure de la vulve. Il existait un véritable cloaque. *Rétention impossible des matières fécales, qui s'écoulent sans obstacle à mesure qu'elles gagnent la portion inférieure de l'intestin.*

Après introduction d'un gorgeret par l'anus anormal dans l'espèce de cul-de-sac que le rectum formait au point où il commençait à se dévier de sa direction normale pour suivre le vagin, incision cruciale sur le bec du gorgeret dans le siège ordinaire de l'anus. Une forte mèche, dont l'extrémité supérieure arrivait jusque dans le rectum, fut placée dans le nouvel orifice; elle était retirée à chaque garde-robe. Suites excellentes. Il n'y eut pas de rétrécissement du nouvel anus. — Toutefois, les matières sortaient par les deux ouvertures, et M. Bérard se proposait de procéder plus tard à l'oblitération de l'anus anormal, soit à l'aide d'un caustique promené sur tout le pourtour de l'orifice, soit avec le cautère actuel (Bérard ; *Gazette des Hôpitaux*, 1844, pag. 286).

ou sous l'influence du plus léger effort, de l'acte le plus insignifiant, toux, rire, éternuement :

Obs. xxxix (résumée). — Je visitai une jeune fille de 19 ans, dont les parents étaient âgés. C'était une belle personne, forte, ayant l'aspect de la plus vigoureuse santé, et chez laquelle rien ne pouvait faire soupçonner l'existence d'un anus vulvaire. Les parents me dirent qu'elle n'avait jamais été malade.— Le périnée était déprimé jusqu'au coccyx, et on ne sentait pas au-dessus des matières fécales.— L'orifice de l'anus anormal pouvait contenir mon index ; pas de prolapsus de la muqueuse. Les bords de l'orifice étaient saillants, au milieu se trouvait l'orifice béant, d'où sortaient des mucosités et des fèces semi-liquides sous les efforts de la malade (*éternuements, rires.....*). Les lèvres s'ulcéraient ; la gauche, notamment, était si atteinte que c'est pour cela que je fus consulté.

L'opération proposée ne fut acceptée ni par les parents ni par la jeune fille (Melchiori ; *Ann. univ. di med.*, april 1875).

En définitive, quoique constituant parmi les malformations ano-rectales une des moins redoutables, l'abouchement congénital du rectum à la vulve et au vagin n'en participe pas moins, dans une certaine mesure, à la gravité dont est entouré le pronostic de cette catégorie de vices de conformation.

Mis à part, en effet, les rares cas heureux auxquels nous faisions allusion tout à l'heure, abstraction faite de ceux où il a fallu avoir recours aux ressources de l'art pour rétablir les formes normales ou la viabilité, nous voyons qu'une infirmité dégoûtante ou la mort, et souvent à brève échéance, a constitué, dans tous les autres cas, le lot des malheureuses nées avec une pareille anomalie et abandonnées à elles-mêmes.

Cet avenir sombre, qui implique, au demeurant, un fâcheux pronostic, est, par bonheur, modifié par les résultats que donne l'intervention de l'homme de l'art. A l'étude des moyens dont il dispose pour parer à l'imperfection de la nature nous avons hâte maintenant d'arriver.

CHAPITRE VI.

Traitement.

Ce que nous savons, dès à présent, des inconvénients et des dangers qu'entraîne à sa suite l'existence de semblable vice de conformation, explique amplement la nécessité d'une intervention chirurgicale, destinée à y remédier. Que ce soit pour débarrasser la malade d'une infirmité dégoûtante ou pour la soustraire aux terribles et mortels dangers des accidents de rétention, sa légitimité nous paraît hors de doute. C'est à peine si, pour quelques cas exceptionnels et que nous étudierons tout à l'heure, l'hésitation pourrait être permise, l'abstention paraître rationnelle.

On le voit, nous sommes loin de l'opinion inverse accréditée auprès des anciens chirurgiens. La crainte de ne pas rencontrer le sphincter externe, de blesser le muscle, de causer l'excrétion involontaire des matières et, partant, de rendre la situation aussi et même plus incommode qu'elle l'était déjà, dictait à la plupart des chirurgiens d'autrefois une règle de conduite à laquelle nous ne pouvons guère souscrire aujourd'hui.

Obs. XL. — Je vis une fois une femme qui dès sa naissance n'avait point de fondement et qui rendait ses excréments fécaux par la vulve, s'étant formé un trou en dedans, tout auprès de l'orifice de la vulve; laquelle pour cela je ne voulus traiter, croyant bien assurément que je *causerais par ce moyen une excrétion involontaire des excréments, ou de peur que, faisant le trou, je ne vinsse à blesser le muscle* duquel je ne savais pas bien la situation (Fabrice d'Aquapendente; *Oper, chirur.*, cap. LXXXVIII, pag. 757).

Zaccharias Furst, cité par Schurirgius [1], exprime les mêmes craintes : « Que tout médecin qui se trouve en présence d'une telle économie et d'une telle aberration de la nature, se donne bien garde de prendre une décision trop à la légère et de tenter des sections pernicieuses. Si quelqu'un pensait que, l'anus une fois percé et l'intestin droit amené à ce point, il est aisé de guérir la plaie, tout en maintenant la liberté d'évacuation, je voudrais de tout mon cœur me mettre à son école. »

Louise Bourgeois, dont on a lu l'observation, rappelle à l'appui de son opinion, adoptée d'ailleurs par les autres chirurgiens consultés, les insuccès d'Amb. Paré, qui avait vu mourir tous ceux « auxquels il ouvrait le cul ».

Bonnet, Morgagni et Heister déconseillent l'opération. « Outre le danger d'une hémorrhagie et des convulsions, écrit Morgagni [1], il reste deux craintes : la première, c'est que la voie ouverte par la nature dans le vagin ne puisse pas se fermer entièrement malgré cela ; et la seconde, que l'autre voie ouverte par l'art, au lieu de détruire l'incommodité, la double à cause de l'absence du sphincter. »

Plus près de nous, enfin, au commencement de ce siècle, Boyer [2] affirme l'incurabilité de ce vice de conformation : « On ne doit pas même chercher à y remédier en pratiquant une incision à l'endroit où l'anus devrait exister, parce qu'il n'est pas sûr que l'intestin descende assez bas, pour que l'on puisse l'atteindre ; d'ailleurs, en supposant que l'on pût arriver jusqu'à lui et y faire une incision assez grande pour donner issue aux matières fécales, comme cette ouverture serait dépourvue de sphincter, et que, probablement, la voie ouverte par la nature dans le vagin ne se fermerait pas, la malade rendrait les matières par ces deux ouvertures, ce qui doublerait son incommo-

[1] Schurirgius ; *Chylol. hist. med.*, etc., pag. 668. Dresd, 1725.. Voir l'Obs. CXXX.

[2] Boyer ; *Traité des maladies chirurgicales*, tom. X, pag. 18.

dité, au lieu de la détruire. Mais, lorsque l'ouverture du rectum dans le vagin est très étroite et que les matières fécales ne peuvent y passer ou n'y passent que très difficilement, ne pourrait-on pas l'agrandir, comme on agrandit un anus trop étroit par vice de conformation? Je pense qu'on pourrait le faire sans inconvénient, surtout lorsque cette ouverture est très près de la vulve ; c'est le seul moyen de prévenir les accidents auxquels les malades sont exposés par la rétention des excréments ». En énonçant cette opinion, que les faits d'ailleurs avaient déjà démentie, le célèbre chirurgien de Paris non seulement méconnaissait les opérations antérieurement pratiquées et les succès à leur suite obtenus, mais encore ne tenait point compte des progrès possibles de la chirurgie. Quelque haut placé que l'on soit dans la science, on doit s'abstenir d'engager aussi témérairement l'avenir.

A Valle (de Florence), Rizzoli attribue le mérite d'avoir pratiqué, en effet, en 1792, la première opération pour la guérison de l'anus vulvaire. Acceptée également par Rovillain, cette opinion de Rizzoli est inexacte. Pour la formuler ainsi, il fallait oublier ou ignorer le succès de Lettson en 1788, après une tentative infructueuse en 1786 ; celui de Rochard en 1785 ; les deux succès de Schurirgius obtenus en 1701 et 1702 ; l'opération pratiquée en 1631 par Fabrice de Hilden. L'opération et l'observation de Valle ne datent que de 1792 !

Nous diviserons ce chapitre en trois paragraphes :

Le premier sera consacré à l'exposé simple des divers et nombreux procédés qui ont été mis en usage, dans les cas d'abouchements vulvaires et vaginaux du rectum.

Dans le second, nous étudierons les suites de l'opération, les accidents auxquels elle expose, comme les résultats fournis par chacun de ses procédés.

Dans le troisième, nous discuterons les indications et les contre-indications de l'intervention chirurgicale ; nous chercherons à

déterminer la période de la vie la plus favorable à cette intervention, le choix à faire du procédé plus particulièrement applicable à chaque cas.

I. — Exposé des divers procédés opératoires.

Leur nombre est considérable. On ferait un long chapitre de médecine opératoire si, sous couleur de procédés, on voulait décrire à part les modifications, parfois insignifiantes, introduites par le chirurgien dans l'exécution de tel ou tel grand procédé. Mais, même en s'en tenant à ces derniers, on se trouve en présence d'une liste respectable, qui nous oblige, avant d'entreprendre l'exposé des divers modes opératoires qui la constituent, à essayer d'une classification.

Deux idées ont dominé, ce nous semble, la thérapeutique des abouchements vulvaires et vaginaux du rectum: 1° le chirurgien a eu pour principal objet d'établir, avant tout, un anus périnéal fonctionnant bien, et a fait de la guérison de la fistule un acte accessoire, dont la réalisation s'accomplira par l'adjonction d'une manœuvre nouvelle en même temps ou à une époque plus ou moins éloignée de la première, ou sera même abandonnée à la nature ; 2° il s'est efforcé de détacher la partie anormalement abouchée du rectum, pour la transporter en sa place normale.

Dans le premier cas, c'est la portion de l'intestin la plus rapprochée du périnée qui fera partie du nouvel anus: il s'agit, en somme, d'une véritable opération d'anus artificiel.

Dans le second, c'est l'extrémité inférieure même du rectum dévié qui, comme normalement, entrera dans la constitution de l'orifice créé au niveau de la région anale.

Procédés de la première catégorie. — *Ponction.* — Elle se pratique, soit avec le trocart, soit avec le bistouri, plongés directement au niveau de la place que devait occuper l'anus, jusque

vers le point où l'on suppose rencontrer le rectum. Les deux instruments peuvent être aussi tour à tour employés pour parfaire l'œuvre déjà commencée par l'un d'eux. C'est ainsi que J.-L. Petit a proposé d'inciser les téguments jusqu'à une certaine profondeur, de plonger un trocart dans la direction présumée du rectum; puis, une fois qu'on voit le méconium sortir, d'élargir la piqûre à l'aide d'une longue lancette. « Inutile dans les mains habiles, le trocart est dangereux entre des mains peu expérimentées[1].» Cette appréciation de Giraldès est aussi la nôtre.

Incision simple. — Sous ce nom, nous décrirons le procédé qui consiste à aller à la recherche de l'intestin en procédant par des incisions successives, jusqu'à ce que l'on rencontre l'ampoule rectale. Pour faciliter cette recherche et l'ouverture de l'intestin, but à atteindre, on introduit par l'anus vaginal dans le rectum un cathéter ou un crochet mousse (Vidal de Cassis), dont on fait saillir l'extrémité à l'endroit où se trouve ordinairement l'anus. C'est là qu'on pratique l'incision, le plus souvent droite, quelquefois aussi cruciale (Bérard), qui doit conduire jusqu'au rectum. Ce dernier ouvert, on introduit une sonde en gomme ou une canule pour empêcher le rétrécissement de l'ouverture ainsi créée, laissant ensuite la plaie se cicatriser d'elle-même.

*Proctoplastie. Méthode d'*Amussat. — La patiente, soigneusement enveloppée, est placée sur le dos sur un coussin dur, ou, s'il s'agit d'un enfant, sur les genoux d'un aide qui maintient les cuisses relevées et écartées, dans la position de la taille. On introduit dans l'anus anormal une sonde cannelée fortement recourbée, si toutefois l'orifice en permet l'entrée. Dans le cas contraire, on mettrait l'instrument conducteur simplement dans le vagin, et on le laisserait en place pour les manœuvres ultérieures, comme dans les cas d'imperforations du rectum sans

[1] Giraldès; Art. *Anus*, in *Dict. de Jaccoud*, tom. II, pag. 626.

abouchement anormal. Pendant qu'un aide maintient la sonde, le chirurgien pratique, sur la ligne médiane, une incision qui commence en arrière de la fourchette et s'étend jusqu'au coccyx, en n'intéressant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Lorsque le muscle sphincter est mis à nu, on continue l'incision en se tenant exactement sur la ligne médiane, de manière à conserver pour l'avenir tout ce qui reste du constricteur de l'anus [1].

On procède ensuite à la recherche du rectum. Le doigt, porté au fond de la plaie, permet de reconnaître l'ampoule, qui bombe sous l'influence des cris et des efforts de l'enfant ou que fait saillir l'instrument introduit dans le rectum par l'anus anormal. Si l'intestin est élevé, si l'orifice, trop étroit, n'avait, par extraordinaire, permis l'introduction d'une sonde ou d'un stylet directeur, qui permît l'abaissement de l'ampoule rectale, on continue à inciser couche par couche en se tenant sur la ligne médiane, en explorant toujours le fond de la plaie avec le doigt et en ayant soin de faire éponger le sang, afin de juger des différentes colorations que présentent les tissus incisés.

Si aucun résultat n'est obtenu, on doit continuer à marcher vers la base du sacrum, en se servant d'un instrument mousse ou même du doigt ; mais, si à cette profondeur (environ 5 à 6 centim.), on ne trouve aucun indice de l'intestin, on doit abandonner l'opération et choisir une autre méthode. Cette nécessité ne pourrait guère se présenter qu'en cas de terminaison du rectum très haut et sans ampoule périnéale, dans le cul-de-sac vaginal, par exemple ; dans aucun des cas rassemblés ici on n'a dû y avoir recours.

[1] Pour faciliter ce premier temps de l'opération, le professeur Bouisson avait imaginé une sorte de dilatateur trifide qu'on introduit par l'anus vulvaire, où il passe facilement à cause de son petit volume, et dont les branches une fois écartées, quand il a pénétré dans le rectum, facilitent la tension des tissus et permettent d'arriver dans l'intestin. Malgré l'ingéniosité de l'instrument, nous avouons ne pas lui reconnaître une utilité bien réelle. Ennemi de l'encombrement instrumental en chirurgie, nous l'avons rappelé comme souvenir, bien plus que pour en recommander l'usage.

Jean-Louis Petit a donné le conseil de tamponner la plaie, et d'attendre quelques heures ou même jusqu'au lendemain, avec l'espérance que l'ampoule rectale se montrera spontanément au fond de la plaie, sous l'influence des efforts et des cris de l'enfant. Dans les cas où l'opération n'a pas un caractère d'urgence, lorsqu'elle est entreprise pour remédier au vice de conformation et non pour parer à de menaçants accidents d'occlusion, nous serions porté à adopter cette manière de faire. En la déconseillant, Giraldès, visant surtout les faits d'atrésie ano-rectale complète, était guidé par la crainte qu'un délai de vingt-quatre heures ne laissât développer des accidents inflammatoires, qui, dans le cas particulier, sont bien moins imminents.

L'intestin une fois reconnu à sa consistance molle, à sa coloration verdâtre ou brunâtre foncée, on le saisit avec une érigne, ou, ce qui est plus commode (Dubrueil), en le traversant par deux anses de fil, qui serviront à l'attirer en bas vers la plaie des téguments. On fixe les chefs libres sur le bord de la plaie, on ouvre l'intestin, sans couper les fils, et lorsque l'intestin est vidé des matières qu'il peut contenir, on ramène à l'extérieur l'anse de fil contenu dans l'intestin, et l'on suture la muqueuse avec la peau. On place ensuite, de chaque côté du nouvel anus, un assez grand nombre de points de suture pour obtenir une adhésion plus complète de la muqueuse avec la peau. Il faut s'arranger de façon que la muqueuse dépasse le niveau de la peau, afin d'empêcher les matières de filtrer entre cet organe et l'ouverture faite aux téguments.

Un pansement antiseptique maintenu par un bandage en T complète l'opération.

Dans ces divers procédés, on a reconnu les moyens opératoires qui s'adressent aux imperforations simples du rectum : ponction, incision, proctoplastie ont essentiellement pour but de rétablir l'anus au périnée, en sa place habituelle. Créer un anus périnéal

est la préoccupation première du chirurgien. Cet anus établi par l'un ou l'autre de ces procédés, il reste donc toujours une communication anormale entre le rectum et le vagin, une fistule à laquelle il doit maintenant remédier. C'est le second temps de l'opération.

Dans quelques cas, on s'est contenté simplement de créer un anus artificiel, comme il vient d'être dit, laissant au temps et à la nature le soin de la guérison spontanée de l'orifice anormal.

Plus souvent, on a eu recours, pour en obtenir la disparition, à l'un des moyens habituellement mis en usage pour la guérison de toutes fistules recto-vulvaires ou recto-vaginales : les caustiques ; la cautérisation au fer rouge ou avec le nitrate d'argent répétée jusqu'à la disparition complète du trajet ; l'incision réunissant, comme dans les cas de fistules anales ordinaires, les deux conduits ; l'avivement de l'orifice anormal par le procédé américain et sa suture ont été tour à tour préconisés et à peu près indifféremment employés à cette fin. L'époque de leur mise en usage a plus ou moins varié ; mais quelle que soit la durée de l'intervalle qui a séparé les deux dates où le chirurgien est intervenu, il s'agit, en définitive, d'opérations faites en deux temps : dans le premier, nous avons retrouvé les procédés de création d'anus périnéal ; dans le second, ceux d'oblitération de toutes fistules vagino ou vulvo-rectales.

L'association des différents actes opératoires qui constituent ces deux temps a varié au gré des chirurgiens : de ces diverses combinaisons résulte une série de procédoncules, qui ne méritent aucune description particulière.

A l'inverse de ce que nous venons de voir, dans les procédés de cette catégorie qu'il nous reste encore à décrire, l'opérateur s'est préoccupé, au contraire, de créer un anus artificiel et de déterminer l'oblitération de l'orifice et du trajet anormaux dans un seul et même temps.

Procédé de Martin (de Lyon). — Ce procédé, auquel, ainsi que le fait remarquer Bouisson, Vicq d'Azyr avait déjà songé, consiste à introduire un bistouri par l'orifice du rectum dans le vagin, à fendre profondément toutes les parties molles depuis les parties postérieures de ce canal jusqu'à cinq ou six lignes en avant du coccyx, de manière à pouvoir loger, dans l'angle postérieur de la plaie qui en résulte une canule d'un fort calibre qu'on place en même temps dans le bout de l'intestin, afin de servir d'issue aux matières fécales.

« On réunit alors, par plusieurs points de suture, les bords de la division qui étaient parallèles à l'axe du bassin y compris l'orifice recto-vaginal, et on obtient ainsi, par une prompte cicatrisation des parties, une cloison de séparation entre le vagin et le nouvel anus. Pour prévenir le resserrement du nouvel anus, on augmente graduellement le calibre de la canule. »

Procédé de Rhéa-Barton. — Ce procédé ne diffère du précédent que par l'absence de suture de la partie antérieure de la division périnéale et de l'orifice recto-vaginal, ainsi que par le non-emploi de la canule intestinale. C'est, en définitive, l'opération même de Vicq-d'Azyr.

Par le vagin, on introduit dans l'ouverture de communication une sonde cannelée jusque dans l'intestin. On divise alors, avec un bistouri droit conduit sur la sonde, toutes les parties qui se trouvent entre la commissure postérieure de la vulve et le point où devrait se trouver l'ouverture anale.

Barton ne fit aucun pansement après l'opération; il dut seulement introduire tous les jours dans le rectum le doigt enduit de cérat, afin d'empêcher les adhérences de s'établir.

Procédés de la 2e catégorie. — *Procédé de* Dieffenbach. — C'est une opération en deux temps:

1er temps. — L'opérée étant maintenue dans la position de la taille périnéale, on introduit dans le rectum par le vagin une

sonde cannelée fortement recourbée. Puis, immédiatement en arrière de la fosse naviculaire, mais en dehors du vagin, on enfonce un bistouri que l'on dirige vers la sonde cannelée et à l'aide duquel l'on divise le périnée jusqu'au coccyx. La section du tissu cellulaire met à découvert l'intestin. Celui-ci est alors bien isolé des parties environnantes, dans une certaine profondeur, et séparé du vagin ou de la vulve dans sa demi-circonférence inférieure. Le lambeau qui résulte de cette section est fendu légèrement, suivant une ligne antéro-postérieure, et les deux lambeaux secondaires ainsi obtenus sont fixés, par deux points de suture, à l'extrémité de la plaie périnéale.

On la laisse cicatriser et on reprend l'opération environ trois semaines après.

2e temps. — On commence par achever au bistouri la séparation de la paroi antérieure du rectum d'avec le vagin ; ce qui permet à l'intestin, isolé dans la précédente opération, de se rétracter vers la partie postérieure, où l'attirent les lambeaux précédemment fixés.

On avive alors les bords de l'ouverture vaginale et ceux déjà cicatrisés de la plaie périnéale. Les premiers sont réunis par quelques points de suture entrecoupée, les seconds par une suture entortillée.

Procédé de Nélaton [1].— Le procédé de Nélaton, comme celu de Rizzoli, ne comprend qu'un temps.

Le périnée incisé crucialement, Nélaton isole le rectum jusqu'au vagin avec un instrument mousse ; puis, avec un bistouri ou des ciseaux, il coupe circulairement le rectum au ras du vagin.

L'extrémité inférieure de l'intestin peut alors être déplacée et fixée par des points de suture à la plaie périnéale. De cette façon,

[1] Sous la désignation de « second procédé de Dieffenbach », Hégar et Kaltenbach décrivent le manuel opératoire du procédé de Nélaton (*Gynéc. opér.*, pag. 488).

l'intestin conserve toute sa longueur; et de la fistule recto-vaginale il ne reste que l'orifice vaginal, qui ne communique plus avec le rectum.

Procédé de Rizzoli. — Il présente des analogies avec le précédent. — La malade est placée sur une table, couchée horizontalement sur le dos, les fesses près du bord. Des aides tiennent les cuisses fléchies, écartées et immobiles. Avec un bistouri convexe on fait une incision cutanée, médiane, étendue de la fourchette au coccyx et n'intéressant que la peau ; puis on sépare les fibres musculaires sous-jacentes, jusqu'à la mise à nu de l'intestin. Introduisant alors le doigt dans le rectum par l'anus vulvaire, on s'en sert comme d'un conducteur pour disséquer l'orifice vulvaire de son abouchement anormal, en ayant soin de ménager les fibres musculaires qui peuvent s'y trouver. Puis, à l'aide de ciseaux mousses, on détache le rectum de toutes ses adhérences, dans une étendue variable, mais en respectant toujours les tuniques de l'intestin.

La portion inférieure du rectum, ainsi séparée des tissus voisins et du vagin, se porte presque d'elle-même vers le coccyx et l'angle postérieur de la plaie périnéale. Là, elle est fixée par trois points de suture en arrière et sur les côtés, après quoi les lèvres de l'incision primitive sont affrontées et maintenues au contact, en avant du rectum, par trois points de suture.

Si l'orifice rectal est rétréci, Rizzoli débride la paroi postérieure du rectum jusqu'au coccyx, puis il procède comme précédemment.

Telles sont les différentes méthodes que nous voyons employées, avec quelquefois des modifications insignifiantes, par les auteurs dont nous rapportons les observations.

Pour être complet, peut-être aurait-on dû donner une place à la description des deux procédés qui ont pour but de créer un anus artificiel dans les régions lombaire et iliaque. Si l'on n'a pas

cru devoir ainsi faire, c'est que l'indication de recourir à pareils modes opératoires ne se présente, à vrai dire, jamais. C'est ainsi que l'observation de Desgranges reste complètement isolée.

Obs. xli. — J'ai pratiqué, écrivait Desgranges à Fine, dans une lettre en date du 29 novembre 1800, un anus au lieu d'élection et de nécessité (entérotomie iliaque) sur une petite fille de 4 ans, dont le rectum s'ouvrait dans le vagin. J'ai tout sujet de croire que je la guérirai complètement. Il y a déjà plus d'un mois, et tout va bien. Dans une autre lettre, à la date du 5 juin 1801, il donne de nouveaux détails : « L'opération a parfaitement réussi, toutes les matières s'écoulaient bien quand la fille a quitté Morgues ; quelques humidités stercorales suintaient encore par l'ouverture recto-vaginale. J'y plaçais un peu de charpie pour la comprimer et j'entretenais avec soin la nouvelle voie par un tampon que j'avais appris à la mère à mettre et à ôter» (*Annales de la Société de Médecine pratique de Montpellier*, tom. VI, pag. 77, 79, 1805.).

Pour recourir à une pareille extrémité, il faut avoir la main forcée par une anomalie telle qu'elle ne s'offre que comme dernière ressource à la thérapeutique chirurgicale. « A coup sûr, écrit M. de Saint-Germain [1], un chirurgien n'a pas le droit de laisser mourir un malade qui lui est confié ; mais a-t-il bien le droit d'imposer à un malheureux être une existence absolument intolérable et pour lui et pour ses semblables ? Je ne le crois pas, et c'est pour ce motif que je restreindrai absolument la méthode de Littre aux cas très exceptionnels où il est impossible de tenter la méthode d'Amussat, c'est-à-dire la création de l'anus à sa place normale.»

Ces sages réflexions, que M. de Saint-Germain exprime à l'occasion d'un cas d'imperforation congénitale du rectum traité par la méthode de Littre, trouvent plus encore leur application aux cas particuliers qui nous occupent ici. Outre, en effet, que l'intestin ne s'abouche qu'exceptionnellement à une hauteur trop

[1] De Saint-Germain ; *Gazette des Hôpitaux*, 1873, pag. 868.

élevée pour ne pas être atteint par la voie périnéale — à l'insuffisance même de laquelle on pourrait, au besoin, suppléer en pratiquant la résection du coccyx, ainsi que le professeur Verneuil l'a recommandé dans certains cas d'absence partielle du rectum [1] — la mort est loin d'être la conséquence obligée des abouchements vulvaires ou vaginaux du rectum. Il serait donc, à notre sens, préférable de ne tenter, dans le cas particulier, aucune intervention chirurgicale, quitte par des moyens palliatifs, tels que dilatation ou débridement de l'orifice anormal, à suppléer à son insuffisance, plutôt que d'infliger à la malheureuse atteinte d'un pareil vice de conformation les inconvénients plus sévères encore d'un anus iliaque ou lombaire.

II. — Suites et résultats de l'opération.

Acte chirurgical, l'intervention, dans les cas d'abouchements vulvaires ou vaginaux du rectum, peut naturellement se compliquer des accidents communs à tous les actes chirurgicaux. Disons-le tout de suite : ces complications n'ont été que très rarement constatées.

Ce passé déjà si favorable ne peut encore, si possible, que s'améliorer dans l'avenir : comme toute opération, celle-ci doit bénéficier des modifications heureuses apportées dans le pronostic des interventions chirurgicales, par l'emploi des procédés antiseptiques. Il n'est guère besoin d'en recommander la mise en pratique : accepté par la presque unanimité des chirurgiens, leur usage est aujourd'hui devenu banal. Ici seulement la situation particulière du champ opératoire, menacé par le contact infectant des matières fécales, oblige à redoubler plus encore de précautions, à soumettre la plaie à une surveillance quotidienne, à répéter les lavages assainissants [2].

[1] *Gazette des Hôpitaux*, 1873.

[2] On lira avec fruit, à ce sujet, l'article consacré par M. Baudouin à l'*antisepsie rectale* (*Progrès médical*, nos 35 et 36, août-septembre 1890).

Seul, à vrai dire, dans cet ordre de complications communes à toute intervention chirurgicale rentre le cas de Massari : la septicémie emporta la petite opérée.

On ne peut, en effet, raisonnablement imputer à l'opération la mort survenue trois et huit jours après, dans les cas de Lane et de Ainsworth; encore moins peut-on l'incriminer, dans le cas de Melchiori. Si déjà les conditions défectueuses au milieu desquelles elle fut entreprise dans le premier cas — l'enfant étant à la dernière extrémité — ne suffisaient, les détails relevés par l'autopsie sont là pour nous fournir amplement l'explication de cette mort : la distension considérable, déterminée par l'insuffisance de l'issue offerte aux matières, avait déterminé la perte de tonicité des tuniques intestinales, au point que, lorsque la voie fut ouverte à son contenu, l'intestin n'eut plus la force de se vider, ni le pouvoir de reprendre ses dimensions normales, et que les phénomènes d'iléus persistèrent. Cette observation et ces constatations nécropsiques portent avec elles un autre enseignement : la nécessité de ne point laisser l'enfant trop avancer en âge, ou tout au moins l'obligation, si l'on croit devoir n'intervenir que plus tard, d'une surveillance attentive de la fistule et de son fonctionnement en rapport avec les exigences croissantes de l'intestin.—Chez la petite fille opérée par le Dr Ainsworth et dont Page nous a transmis l'histoire, l'autopsie fit reconnaître l'existence de graves et profondes anomalies du côté de l'organe central de la circulation, incompatibles avec la vie. — Quant à la femme de 36 ans opérée par Melchiori, elle souffrait depuis dix ans de troubles digestifs et avait eu, pendant cinq mois, une diarrhée, qui avait miné sa santé : remise de l'opération, elle succomba, un mois après sa sortie de l'hôpital, à la suite d'une diarrhée rebelle.

Il est un autre ordre de complications plus spécial qui, partant, mérite plus encore de nous arrêter :

Naturellement, la péritonite menace le chirurgien maladroit

dont le bistouri mal dirigé et septique ira perforer la séreuse abdominale, ou celui qui trop à l'aveugle aura cherché, à l'aide de la lancette ou du trocart, à faire au méconium une voie un peu aventureuse. C'est là toutefois une crainte restée, jusqu'ici du moins, purement platonique; en cherchant à nous rendre compte de la disposition du péritoine pelvien dans les cas d'abouchements vulvaires et vaginaux du rectum, nous avons déjà vu, au paragraphe consacré à ce point, que la péritonite, suite d'intervention chirurgicale, n'avait jamais été observée.

Nous devons en dire autant de l'hémorrhagie, du thrombus des parois rectales, de l'abcès méconial, signalés par les auteurs comme accidents des opérations d'imperforation de l'anus.

Dans le cas d'Osterloh, l'hémorrhagie obscurcissant le champ opératoire empêcha de pratiquer le procédé de Dieffenbach, auquel on se proposait d'avoir recours; mais elle n'eut pas de caractère inquiétant. — Quoique assez abondante dans le cas de Melchiori, elle n'empêcha pas de mener à bonne fin l'exécution de l'opération. — Enfin Rizzoli a eu, le troisième jour, chez une de ses opérées une hémorrhagie veineuse qui fut rapidement arrêtée. D'autre part, le plus grand nombre des observateurs restent muets sur ce point; ou bien, comme Lettson, Hayward, Naudin, Rizzoli, signalent la faible quantité de sang perdu au cours de l'opération.

Le thrombus des parois rectales et l'abcès méconial n'ont été trouvés mentionnés nulle part.

Le prolapsus de la muqueuse du rectum et l'incontinence des matières fécales, relevés dans quelques cas à la suite de l'intervention, ne constituent, en vérité, que des complications peu redoutables. Ces accidents, qui n'ont toujours eu qu'un caractère passager, sont, par cela même, insuffisants pour inspirer quelque inquiétude au chirurgien et solliciter de sa part une nouvelle thérapeutique dont le temps seul, en définitive, a fait les frais chaque fois. Il était bon précisément d'être prévenu de cette

particularité, en raison même de la conséquence pratique qui en découle.

Le temps nécessaire à la disparition du prolapsus est variable, comme aussi son degré. Très léger par exemple dans le cas de Goyrand, où il n'apparaissait qu'au moment des cris et des efforts de l'enfant, incomplet dans celui de Jeannel, où il ne s'était produit qu'à droite, il formait dans le cas de Guillon un véritable bourrelet circulaire qui donnait à la région l'aspect en *cul-de-poule*. Mais, dans les cinq cas où il a été observé, sa réduction s'est accomplie spontanément ; au bout de quinze jours chez l'opérée de Bryk, d'un mois chez celle de Jeannel, de deux mois chez l'une des malades de Melchiori. Fait curieux et qu'il n'est pas indifférent de faire encore remarquer, le mode d'intervention ne semble pas avoir d'influence spéciale sur la production de pareil accident, puisque sur les cinq opérées ayant présenté du prolapsus, une avait été traitée par l'incision simple, une autre avait subi l'opération de Barton, une troisième l'opération de Rizzoli, les deux dernières l'opération d'Amussat.

Quant à l'incontinence des matières fécales, elle est, pour ainsi dire, normale dans les premières heures, dans les premiers jours qui suivent l'opération. Elle peut même durer un temps beaucoup plus long, sans que, pour cela, il y ait lieu de s'alarmer ; c'est ainsi que, dans le cas de Guillon, elle persistait encore, quoique légère, six semaines après l'opération ; mais bientôt après les fibres musculaires, d'abord très faibles, avaient acquis la force suffisante pour devenir le siège de contractions qui, en donnant lieu à une constitution tout à fait exacte des bords de l'orifice, permirent le régulier fonctionnement de la défécation.

En résumé, mortalité nulle ou presque nulle, accidents insignifiants, tel est le bilan des résultats opératoires des interventions dirigées contre les abouchements anormaux du rectum à la vulve et au vagin. Ces résultats sont, on le voit, des plus

favorables à l'opération : ils permettent, en tout cas, et sans qu'il soit utile d'insister, de répondre dès maintenant en partie à certaines des objections formulées par les abstentionnistes, et nous montrent aussi l'illégitimité de la plupart des craintes exprimées par les chirurgiens de jadis.

Restent les résultats définitifs.

Quel que soit le moyen par lequel ce but sera atteint, l'intervention chirurgicale, dans les cas de cet ordre, se propose : 1° de créer dans la région anale un orifice qui soit la reproduction aussi fidèle que possible de l'anus normal ; 2° d'oblitérer le trajet et l'orifice anormaux.

Si l'opération a répondu à cette double attente du chirurgien, si l'anus une fois créé au périnée conserve ses dimensions premières et continue son bon fonctionnement, si l'orifice anormal de communication a cessé, en se fermant, de donner passage aux matières fécales, c'est ce que nous devons maintenant étudier.

Les 83 cas dans lesquels on est intervenu fournissent un total de 93 opérations : une malade, en effet, a été l'objet de quatre interventions chirurgicales (Jarjavay), une autre de trois (Tassius), cinq de deux (Barton, Bauer, Hatterer, Campbell, Lettson). D'autre part, il nous a semblé naturel de défalquer de ce total les opérations ou, pour mieux dire, les tentatives opératoires de Depaul, de Heppner, de Boissière et de Healy. L'intestin ayant échappé à l'action de l'instrument, elles étaient dès lors fatalement frappées d'impuissance. Et de fait, elles n'apportèrent aucune modification à l'état de choses existant : dans les deux premiers cas, les enfants moururent, les phénomènes d'occlusion persistant ; dans le troisième et le quatrième, elles continuèrent à vivre, conservant toujours leur anomalie.

Entre les divers procédés décrits, se répartissent plus ou moins inégalement ces 89 opérations : c'est ainsi que la ponction a été

mise en usage 5 fois, l'incision simple 35 fois, la proctoplastie par la méthode d'Amussat 20 fois, que 12 fois le chirurgien a eu recours au procédé de Barton et de Martin, 2 fois au procédé de Dieffenbach, 10 fois au procédé de Rizzoli, 2 fois au procédé de Nélaton. Seuls, les cas de Massari, d'Aveling et de Wagner, par suite du manque de détails relatifs à l'opération, n'ont pu être compris dans cette classification.

Le tableau qui suit est destiné à montrer la proportion de succès et d'insuccès qui revient à chacun de ces procédés.

Sous la désignation « succès complet », rentrent les cas où l'anus établi par le chirurgien a conservé un diamètre suffisant au passage régulier des matières fécales et où la guérison de la fistule a été obtenue, soit que l'oblitération de cette dernière ait eu lieu spontanément, soit qu'elle ait été la conséquence de l'intervention même répondant à ce double but ou d'une nouvelle intervention dirigée spécialement contre elle. Une deuxième et une troisième catégorie, spéciale aux procédés où la préoccupation unique du chirurgien a été avant tout de rétablir l'anus en sa place habituelle, renferment : l'une, sous la désignation de «succès», les cas où la guérison annoncée par l'observateur se rapporte surtout à l'anus artificiel, et où il n'est point fait mention de l'état du trajet fistuleux ; l'autre, sous la désignation de «demi-succès», les cas où, comme dans les faits précédents, l'anus artificiel remplissait régulièrement ses fonctions, mais où les matières continuèrent à passer en quantités plus ou moins abondantes par la communication anormale non ou imparfaitement modifiée par l'opération. — Enfin, dans la quatrième classe, les « insuccès », sont rangés les cas où l'opération n'a donné aucun résultat, c'est-à-dire ceux où non seulement les matières ont continué à s'écouler par la vulve ou le vagin, mais où encore l'anus artificiel, rétréci et devenu insuffisant, a nécessité ou rendait probable une nouvelle intervention.

Si un certain nombre des faits qui composent ce tableau offre

toute garantie désirable à l'égard de la réalité des succès, les opérées ayant pu être suivies pendant un temps suffisant : un an (Melchiori), dix-huit mois (Queirel, Hergott), quatre ans, huit ans (Rizzoli), neuf ans (Grynfeltt), dix ans (Guillon)..., d'autres, et malheureusement peut-être les plus nombreux, semblent donner prise à la critique, privés qu'ils sont de cet élément précieux, la longue durée d'observation.

Il ne faudrait pas, cependant, s'exagérer l'importance de cette objection ni se retrancher derrière elle, pour refuser toute valeur à cette catégorie de faits et ne point en tenir compte. Elle est, au fond, plus spécieuse que réelle. De ce que la malade aura été perdue de vue par le chirurgien, à une époque où l'affirmation d'une guérison annoncée par lui comme certaine pourrait paraître à d'aucuns un peu prématurée, il ne s'ensuit pas fatalement qu'on doive considérer le résultat comme suspect. Outre, en effet, qu'il est difficile d'assigner la limite rigoureuse en deçà et au delà de laquelle le doute ne serait plus de mise, le fait seul du non retour de la malade à l'opérateur peut être très favorablement interprété : contre un anus artificiel qui s'oblitère, surtout lorsque l'orifice anormal, qui joue ici le rôle de soupape de sûreté, s'est déjà fermé, il n'y a plus en effet de ressource qu'en une intervention nouvelle.

D'autre part, on nous permettra de faire remarquer que, si la catégorie des « succès » s'est enrichie, malgré tout, de quelques cas qu'une observation de plus longue durée aurait pu faire ranger ailleurs, celle des « demi-succès » s'est peut-être trouvée, de son côté, augmentée d'un certain nombre, que le temps eût permis de détacher de cette classe pour les placer dans la première. Son influence heureuse sur la guérison spontanée de la fistule rend cette opinion parfaitement plausible.

Ces explications données et ces remarques faites, nous pouvons maintenant aborder l'exposé des résultats fournis par l'in-

tervention : ils sont réunis et, ce nous semble, nettement mis en lumière dans le tableau ci-dessous :

Ponction.

Nombre de cas : 5.

Succès complet		2
Insuccès		3
Total		5

Incision simple.

Nombre de cas : 35. — 1 résultat inconnu (Nélaton).

Succès complet	oblitération de la fistule : spontanée	5	10
	— par une opération	5	
Succès (sans indication de l'état de la fistule)			5
Demi-succès (persistance de la fistule)			10
Insuccès			9
Total			34

Proctoplastie.

Nombre de cas : 20. — 1 cas de mort (Page).

Succès complet	oblitération de la fistule : spontanée	5	9
	— par une opération	4	
Succès (sans indication de l'état de la fistule)			2
Demi-succès (persistance de la fistule)			6
Insuccès			2
Total			19

Procédé de Barton et de Martin.

Nombre de cas : 12. — 1 cas de mort (Lane).

Succès complet	9
Insuccès	2
Total	11

Procédé de Dieffenbach.

Nombre de cas : 2.

Succès complet	2
Insuccès	0
Total	2

Procédé de Nélaton.

Nombre de cas : 2.	
Succès complet	2
Insuccès	0
Total	2

Procédé de Rizzoli.

Nombre de cas : 10.	
Succès complet	8
Insuccès	2
Total	10

III. — Indications et contre-indications de l'intervention. — Age ou l'on doit opérer. — Choix du procédé.

Doit-on opposer à cette anomalie un traitement chirurgical ? Ce que nous avons dit au début de ce chapitre laissait déjà pressentir notre manière de voir; pour nous, l'intervention, dans les cas de ce genre, ne saurait faire l'objet d'aucun doute.

Comme toute opération, cependant, celles qui s'adressent à ce vice de conformation ont aussi leurs indications et leurs contre-indications. Si nous croyons de beaucoup les premières les plus nombreuses, nous sommes aussi prêt à reconnaître que, dans quelques cas plus rares, on pourrait abandonner l'anomalie à elle-même. A l'étude des indications et des contre-indications est précisément consacrée partie de ce paragraphe.

Tout d'abord, il est un certain nombre de faits où l'accord des chirurgiens doit se rencontrer unanime : ce sont ceux où l'existence même du sujet est en danger. Ici, c'est une question de vie ou de mort qui se pose, et que seul le chirurgien peut résoudre le bistouri en main. La situation est la même que dans les cas d'imperforations simples de l'anus et du rectum; l'indication reste donc aussi de tous points semblable. Une intervention — et une intervention urgente — s'impose : donner libre cours aux

matières, remédier à l'aberration de la nature pour éviter le retour des graves accidents de rétention, tel devra être le but du chirurgien. Une inconcevable pusillanimité ou un manque de foi inexpliquable dans les ressources que l'art nous fournit ne peuvent seuls suffire pour légitimer la mise en usage de moyens purement palliatifs : débridement, dilatation de l'orifice anormal.

Pour s'en tenir à cette thérapeutique timide, préconisée par Morgagni et par Boyer, et seule admise par les anciens chirurgiens, il faut avoir par devers soi l'excuse d'un échec dans la création d'un anus périnéal, par suite de l'impossibilité à atteindre le rectum trop élevé, et, partant, avoir eu à se débattre contre l'alternative d'un anus lombaire ou iliaque. Encore la rareté d'une telle disposition anatomique du rectum, en rendant peu probable l'insuccès de manœuvres opératoires habilement conduites, ne donnera que rarement l'occasion de recourir à ces demi-moyens. C'est donc plein de confiance que le chirurgien interviendra pour parer au danger menaçant, empêcher les accidents futurs, corriger une infirmité redoutable, quelle que soit la période de la vie où se trouve sa malade, quand cette vie même est en péril.

Un mauvais état général, la faiblesse excessive du sujet, loin de fournir une contre-indication à l'intervention, en rendent plus pressante encore la nécessité : produits d'une défécation difficile ou impossible, ils ne peuvent disparaître qu'avec une opération qui permettra le régulier fonctionnement de l'intestin. Les exemples ne sont-ils pas là nombreux, de cette influence heureuse d'une intervention amenant à sa suite des résurrections véritables ?

Seule, à vrai dire, dans cette catégorie de faits, constitue une contre-indication la coexistence nettement reconnue d'une ou de plusieurs anomalies incompatibles avec l'existence ; désarmé contre elles, le chirurgien est en droit de réserver une action par avance fatalement frappée d'insuccès.

A part ce cas particulier, la question nous paraît donc résolue, dans les faits de cet ordre, en faveur de l'intervention. Il est, au contraire, une autre série de cas où la discussion pourrait être plus légitimement admise : ce sont ceux dans lesquels la vie même du sujet est moins directement menacée, et l'existence possible.

Cette perspective, incontestablement rassurante, ne sùffit pas cependant pour exclure l'idée d'une opération réparatrice. De ce que la mort n'est pas ici la conséquence fatale du vice de conformation il ne s'ensuit pas, nécessairement, que le chirurgien doive rester inactif et assister en simple spectateur aux désordres que cette anomalie entraîne à sa suite. On comprendrait mal et on restreindrait singulièrement le rôle du chirurgien, si on le bornait à la seule pratique des opérations urgentes et nécessaires : il en est d'autres utiles ou tout au moins désirables qu'il a légitimement le droit de revendiquer et d'entreprendre.

S'il n'en était pas ainsi, si dans les limites étroites de la nécessité et de l'urgence était renfermée l'action chirurgicale, il faudrait repousser les opérations entreprises pour remédier à un hypospadias, à une perforation accidentelle ou congénitale de la voûte palatine, aux déviations disgracieuses d'un genou cagneux et, d'une manière générale, toutes celles destinées à corriger les œuvres irrégulières de la nature, compatibles cependant avec la vie. Sans aller chercher bien loin nos exemples, qu'il serait si facile de multiplier, les fistules vésico-vaginales et recto-vaginales devraient être abandonnées à elles-mêmes.

Mais, pas plus que pour ces dernières, l'intervention dans les cas d'abouchement vulvaire et vaginal du rectum n'est près de mériter un ostracisme aussi absolu. Point n'est besoin, pour en démontrer au contraire l'utilité, de rappeler le désolant tableau des incommodités et des désordres infligés par ce vice de conformation à la malheureuse qui en est atteinte. Une infirmité qui, sans menacer directement la vie organique, peut faire de la femme un objet de dégoût pour elle-même et pour ceux qui l'entourent,

l'obligera à fuir la société, lui rendra chaque jour l'existence plus insupportable, qui, à un moment donné, peut être le point de départ de troubles graves, mettant en danger une existence déjà si triste, est plus que suffisante pour légitimer une intervention. Quel chirurgien s'y refuserait, quand, pour lui donner sanction nouvelle, viennent se joindre à ces moindres maux les inconvénients d'une mal-défécation ou l'incontinence des matières, que J.-L. Petit[1] regardait « comme un mal plus fâcheux que la mort »? Même aux yeux des timorés et des prudents, une opération pratiquée dans de telles circonstances reposera sur des motifs plausibles. Ils jugeront, avec le professeur Bouisson[2], qu'une intervention dont le but est de rendre une créature humaine à elle-même et à la société vaut bien la peine de faire courir quelques risques à la malade et ne peut être classée parmi les opérations de luxe et de complaisance. Et nous savons déjà combien les risques en sont peu grands.

Une seule circonstance pourrait entraîner une conduite différente et plaider en faveur de l'abstention opératoire : l'absence absolue de troubles fonctionnels jointe à un âge déjà avancé. On a lu plus haut quelques exemples où ces deux conditions se trouvaient réunies. En l'espèce, mis fortuitement en présence d'un cas de cet ordre, dans lequel les incommodités, nulles ou insignifiantes, ont permis à la femme de rester ignorante de son infirmité, ne l'ont en rien empêchée d'avancer en âge, ni de remplir les diverses fonctions dévolues à son sexe, dans lequel, en un mot, la femme a vécu la vie de ses semblables, le chirurgien a jugé et peut juger encore inutile de recourir à une intervention.

En résumé, l'indication d'une abstention absolue ne se présente que rarement. Le plus souvent, au contraire, le chirurgien aura à intervenir. Il aura :

[1] *Dictionnaire des Sciences médic.*, tom. XXIX pag. 124.

[2] Des opérations de luxe et de complaisance. *Montp. méd.*, janvier 1882.

A parer au danger menaçant amené par la rétention des matières fécales ;

A remédier aux incommodités parfois dégoûtantes qu'entraîne une défécation qui s'accomplit mal ;

A délivrer la femme d'un vice de conformation qui fait d'elle une infirme, peut gêner l'exercice de plusieurs fonctions importantes, et aller jusqu'à la priver de sa place et de son rôle dans la société.

L'intervention ainsi reconnue légitime, il faut encore déterminer le moment le plus favorable à sa réalisation.

Tout d'abord, il est une série de cas pour lesquels la question ne se pose même pas : ce sont ceux où l'orifice anormal, trop étroit, s'oppose au libre passage des matières fécales et où l'enfant se trouve, de ce fait, en proie à tous les accidents de l'obstruction intestinale : « Si l'écoulement des matières se fait difficilement par l'anus anormal coarcté, écrit Giraldès[1], il y aurait danger à attendre, car on se trouverait à peu près dans les conditions que présente une atrésie complète. » Ici, point de retard possible : c'est une opération d'urgence qu'il faut faire, tout comme dans le cas d'imperforation de l'anus et du rectum, où la viabilité est en cause. « Lorsqu'un chirurgien, dit S. Cooper[2], est appelé pour ces vices de conformation, il doit se décider à l'instant, car l'enfant est menacé de périr avec les symptômes d'une hernie étranglée. »

Il est loin d'en être toujours ainsi. A part ces circonstances, en effet, le chirurgien a, au contraire, le temps pour ses réflexions et peut choisir le moment qui lui paraît le plus opportun. Il trouvera, sur ce point, les avis très partagés, et, dans chaque camp, des hommes d'une compétence et d'une valeur incontestables.

A la discussion qui eut lieu à ce sujet à la Société de Chirurgie

[1] Art. *Malformation de l'anus*, in *Dict. de Jaccoud*, tom. II, pag. 624.
[2] *Dictionnaire de Chirurgie*, art. *Anus*, tom. I.

en 1850[1], Lenoir se déclara partisan d'une opération tardive exécutée à l'âge de 2 ou 3 ans, tandis que Guersant, Nélaton, Maisonneuve, donnaient la préférence à une opération précoce pratiquée deux ou trois jours après la naissance. Bouisson[2] émet la même opinion que Lenoir et conseille d'attendre que la constitution de l'enfant se soit un peu raffermie, et qu'un certain développement des organes permette d'opérer un peu plus à l'aise et sur des parties plus facilement maniables.

D'autre part, Nagel, cité par Friedberg[3], adopte la manière de voir de Guersant et de Maisonneuve : « Dans de nombreux cas, dit-il, j'ai acquis la conviction que les enfants supportent mieux une opération peu de temps après la naissance que plus tard ». Et Curling[4] déclare qu'il est plus sûr de ne pas attendre plus d'un mois, à cause de la consistance que prennent les matières et de la rétention qui en est souvent la conséquence. A écouter M. Tillaux[5], il faudrait au contraire, « si l'orifice est suffisamment large pour laisser sortir les matières, si la vie est possible, attendre une ou plusieurs années avant de faire aucune tentative opératoire».

Il faut reconnaître que les arguments invoqués par les partisans de l'intervention tardive n'entraînent guère la conviction. Le principal, formulé par Bouisson et tiré du nombre de succès, n'est pas moins favorable, en effet, aux défenseurs de l'opinion inverse : de l'examen des faits contenus dans ce travail il ne ressort pas, contrairement à l'assertion du Professeur de Montpellier, que les opérations pratiquées sur les adultes aient donné plus de succès que celles exécutées sur des enfants en bas âge. D'un autre côté, nous savons avec quelle facilité ces derniers se prêtent à toute opération et combien rares sont les accidents consécutifs.

[1] *Bulletins de la Soc. de Chirurgie*, tom. I, 1re série, pag. 59.
[2] Thèse de concours, 1851, pag. 126.
[3] *Archives générales de médecine*, tom. IX, 5e série, pag. 581.
[4] Curling, cité par Duros ; Thèse de Paris, 1889, pag. 46.
[5] *Traité d'anatomie topographique*, pag. 919, 3e édit.

A cette opinion on peut, au contraire, objecter deux facteurs, dont ceux qui l'ont émise ne me paraissent avoir tenu aucun compte.

Pour si régulière que soit, en apparence, la défécation, elle exige dans les cas de fistules vulvo ou vagino-rectales congénitales, un effort plus grand que normalement de l'intestin qui cherche à s'exonérer. Les selles sont plus rares, plus éloignées; rarement, le rectum reste absolument vide de matières fécales. De là, des distensions qui produisent à la longue l'atonie des couches musculaires de l'intestin, amollissent leur contractilité et finalement privent le chirurgien d'un auxiliaire précieux, lorsque, sous l'influence des idées que nous cherchons à combattre, il ne sera intervenu que tardivement. A cet égard, le cas de Lane publié plus haut et auquel il a été déjà fait allusion, est des plus instructifs. On m'objectera, je le sais, que, si l'opération est ajournée, le médecin devra observer l'enfant de très près, et que recommandation sera faite aux parents de le prévenir à la moindre alerte : nul n'ignore que, malheureusement, pareille surveillance n'est pas toujours possible de la part du premier et que l'incurie des seconds est parfois grande. Et le chirurgien doit éviter, avant tout, d'être appelé à la dernière extrémité.

En second lieu, au fur et à mesure que l'enfant avance en âge, la fistule, par le fait de sa participation au développement de l'individu ou du passage répété de matières de plus en plus volumineuses, acquiert nécessairement un diamètre plus considérable. Dès lors, son oblitération deviendra moins aisée à obtenir, si le chirurgien a eu recours à l'un des procédés opératoires, où elle est forcément laissée de côté, et où sa guérison demande un traitement particulier.

Ces arguments, défavorables à l'intervention tardive, plaident en faveur de l'intervention précoce. Celle-ci cependant ne doit pas être trop rapprochée du moment qui suit la naissance. Nous placerions plus volontiers l'époque de l'opération immédiate-

ment avant le sevrage : pour nous, l'âge de 6 mois à 1 an est l'âge de choix, celui qui devrait être généralement adopté.

Plusieurs raisons militent en faveur de cette préférence.

Si les opérations sont bien supportées dans le jeune âge, il n'est pas toutefois indifférent de les pratiquer dans les jours qui suivent la naissance. C'est toujours une période difficile que celle où l'enfant, à peine séparé des liens étroits qui le rattachaient à sa mère, prend pied dans la vie extra-utérine. Or, pendant tout le temps nécessaire pour son accoutumance à cette vie nouvelle, l'état particulier des matières, leur faible consistance, permettent un facile écoulement : il n'y a donc pas encore à redouter la distension et l'atonie produites par les efforts de l'intestin, ni l'agrandissement du trajet fistuleux par le passage de selles de plus en plus volumineuses, ces deux menaces des interventions tardives.

D'autre part, instruits des allures symptomatiques de l'anomalie, nous savons combien redoutable pour les sujets qui en sont porteurs est le moment du sevrage : par suite du changement de régime, les matières subissent dans leur manière d'être des modifications peu propices à leur libre évacuation. De là, les accidents graves dont nous avons vu cette époque donner bien des fois le signal, en même temps qu'elle mettait le chirurgien dans la nécessité d'intervenir. A l'inconvénient fâcheux d'une opération pratiquée la main forcée, viendraient alors se joindre ceux de l'époque, délicate pour tout enfant, de la dentition et du sevrage.

Ainsi, quand le chirurgien sera maître de son moment, s'il n'a pas été forcé, pendant la période étendue de la naissance à l'époque du sevrage, d'obéir à quelque pressante indication, il devra attendre jusque près de sa fin pour intervenir. Ce faisant :

Il évitera peut-être les inconvénients d'une opération d'urgence à une époque critique ;

Il trouvera chez l'enfant des conditions meilleures qu'immédiatement après la naissance ;

Il aura affaire à un trajet fistuleux de calibre peu considérable ;

Il n'aura pas à craindre de tomber sur un intestin qui refuse de se vider.

Parmi les procédés opératoires qui s'offrent au chirurgien, il faut maintenant faire un choix. L'embarras est grand, étant donné leur nombre. Il est vrai de dire aussi que les états sont loin d'être les mêmes, les situations variées, et, partant, multiples les indications auxquelles doit répondre l'opération.

On s'exposerait d'avance à de cruels mécomptes si l'on voulait, pour tous les cas, se confier uniquement à l'un ou l'autre de ces procédés, au choix duquel on aurait été conduit par le seul examen des chiffres indiquant l'état respectif des succès et des revers par lui fournis. Cette manière de faire ne nous paraît guère acceptable et peu conforme surtout aux nécessités de la clinique.

Il est beaucoup plus rationnel, au contraire, d'examiner les cas particuliers, les données qu'ils fournissent, pour de là arriver à fixer le mode d'intervention qui leur est plus spécialement applicable. En agissant de la sorte, on se trouve conduit à un exclusivisme moins absolu.

Mais, auparavant, certaines considérations relatives aux procédés opératoires à pratiquer contre les abouchements vulvaires et vaginaux du rectum devaient trouver place ici : elles faciliteront notre tâche ultérieure.

Ces différents procédés n'offrent pas, au même degré, les garanties requises pour toute intervention opératoire. Bien qu'au point de vue *de la bénignité*, l'examen des faits semble les mettre tous sur le même rang, il ne faudrait peut-être pas néanmoins se fier ici sur une série heureuse, pour innocenter certains d'entre

eux d'accidents constatés en d'autres circonstances. C'est ainsi que la ponction, l'incision simple, ont donné lieu, à diverses reprises, à des complications redoutables, qui doivent *a priori* en faire rejeter l'emploi : j'ai déjà nommé au passif de la première la blessure du péritoine ; elle peut, comme la seconde, exposer la petite malade aux infiltrations de méconium et aux abcès de voisinage. — Le procédé de Vicq d'Azyr et de Barton est passible de ce même reproche : l'absence d'affrontement de la muqueuse du rectum avec l'incision du périnée laisse entre l'ouverture intestinale et les téguments un espace ouvert aux épanchements stercoraux. A ce danger, peut-être moins menaçant ici à cause de la voie plus large offerte aux matières, se joint encore l'inconvénient de la formation d'un vaste cloaque, peu favorable à une saine cicatrisation.

Les procédés d'Amussat, de Dieffenbach, de Nélaton, de Rizzoli, offrent, à cet égard, davantage de garanties.

La ponction et l'incision simple ne compensent point, par une *efficacité* plus grande, les dangers auxquels elles exposent. La lecture du tableau dressé précédemment nous montre, en effet, que dans l'une et l'autre méthode la somme des insuccès l'emporte sur celle des succès, et que, plus qu'en aucune autre, la rétraction inodulaire et le rétrécissement du rectum ont été observés à leur suite. Même dans les cas les plus favorables, l'examen des observations nous fait voir combien il est difficile d'y échapper; quels efforts et quelle persévérance il a fallu de la part du chirurgien ou des parents ; à quels artifices (dilatations répétées, usage de mèches, canules, à demeure) on a dû recourir, pour empêcher le nouvel anus de se fermer et arriver péniblement au succès. — A part les procédés de Nélaton et de Rizzoli, aucune des autres méthodes ne met absolument à l'abri de la menace d'un rétrécissement. — Dans les deux cas où l'opération de Dieffenbach fut pratiquée, l'un des deux succès ne fut obtenu qu'après des dilatations continuées pendant quatre mois (Berrut). — Les

deux échecs de Doepp, le pénible succès d'Hayward après la mise en usage de l'opération de Martin-Barton, nous prouvent qu'avec cette méthode la coarctation de l'ouverture faite au périnée reste encore possible et qu'on ne peut se fier aux assertions trop favorables de Goyrand à son endroit. — Les deux observations rapportées par Duros et par Maître constituent deux insuccès pour la méthode d'Amussat. — Enfin, quoique pour tout autre motif, il faut aussi faire remarquer que la méthode de Rizzoli a deux échecs à son bilan.

D'autre part, le procédé de Rizzoli offre des avantages qui le mettent au-dessus des autres procédés. Par suite du retour à sa place habituelle de l'extrémité déviée du rectum, le nouvel anus présente dans sa constitution les mêmes éléments qu'à l'état normal. On y trouve les deux ordres de fibres sphinctériennes qui assurent son bon fonctionnement. Un périnée solide, favorable aux accouchements ultérieurs (deux observations de Rizzoli) et suffisamment long sépare le nouvel anus de la commissure postérieure de la vulve. La disparition de la fistule est sûrement obtenue avec la guérison. Enfin, ses deux non-réussites n'ont pas amené d'aggravation dans l'état des malades.

Malheureusement, ce procédé n'a pas pour lui *la facilité* de l'exécution : il exige, de la part du chirurgien, de l'habileté et une certaine habitude des opérations délicates. — A ce point de vue, la brutale ponction, l'incision couches par couches du périnée jusqu'à l'ampoule rectale, la section sur un conducteur introduit par l'orifice normal et poussé jusqu'à la place normale de l'anus de toutes les parties comprises entre ce conducteur et les téguments, auraient, par leur simplicité, un succès assuré si, contre elles, ne se dressaient leurs échecs fréquents et les dangers ou les inconvénients auxquels leur emploi peut donner lieu. — Le procédé de Dieffenbach, outre qu'il fait subir à l'enfant les chances de deux actions chirurgicales, est d'une exécution relativement délicate ; à cela peut-être a-t-il dû de n'être que très rarement

employé.— La méthode d'Amussat se rapproche, au contraire, quant à la facilité d'exécution, de l'incision simple ; si on peut lui reprocher de ne pas avoir toujours mis à l'abri du rétrécissement, lui objecter qu'il a fallu, dans certains cas, une seconde intervention pour guérir le trajet fistuleux, on devra bien reconnaître qu'elle n'expose pas aux accidents de l'incision et que sa bénignité est grande.

Quelque légitime que soit l'influence exercée dans le choix de l'un ou l'autre de ces procédés par la possession à lui reconnue de ces multiples garanties, nous la croyons cependant insuffisante. Désignés par elles, les procédés d'Amussat et de Rizzoli trouvent plus encore, le droit à cette mise à part, dans leur aptitude à répondre aux cas divers qui peuvent se présenter.

Convenant parfaitement aux cas où le rectum s'ouvre à la vulve ou à l'entrée du vagin, le procédé de Rizzoli cesse d'être applicable lorsque cet abouchement se fait en un point plus élevé. En l'état, la dissection de la paroi antérieure du rectum peut être rendue impossible, en tout cas très difficile et dangereuse. Il sera toujours plus aisé, dût-on pour cela recourir à la modification proposée par M. Verneuil, d'atteindre la paroi postéro-inférieure de l'intestin, de l'inciser, d'en fixer les bords de l'ouverture aux lèvres de l'incision périnéale.

L'âge du sujet, comme le siège de l'ouverture anormale, n'est point non plus indifférent au choix du procédé. Le procédé de Rizzoli demande en effet, pour son exécution, un champ opératoire plus étendu que n'en fournit le périnée, étroitement limité par le faible écartement des parties osseuses, d'un enfant en bas âge. Un bistouri, qui aura de la peine à disséquer un rectum à droite et à gauche et à le mobiliser, trouvera place pour en pratiquer l'ouverture. Il en fut ainsi dans le cas de M. le professeur Grynfeltt.

Enfin, les circonstances et les conditions dans lesquelles on opère doivent entrer aussi en ligne de compte. Peu de chirur-

giens se décideront, en présence d'un enfant offrant les menaçants symptômes de la rétention, à entreprendre les délicates manœuvres du transport en sa place normale d'un rectum anormalement abouché. Il y a là une indication pressante, à laquelle la beaucoup plus facile exécution du procédé d'Amussat permet promptement de répondre. D'autre part, la délicatesse même de la méthode de Rizzoli, la difficulté de son exécution, éloigneront d'elle le chirurgien peu familier avec les finesses de son art, imparfaitement aidé et entouré. On ne doit point oublier que, dans certains cas, l'opération dirigée contre l'abouchement vulvaire ou vaginal du rectum est une opération d'urgence, et que, dès lors, elle doit être à la portée de tout le monde.

En résumé, l'opération d'Amussat, sans grands dangers, assez souvent efficace, habituellement facile est l'opération des abouchements élevés, des tout jeunes enfants, des cas d'urgence et du praticien imparfaitement outillé.

L'opération de Rizzoli, comme elle sans beaucoup de dangers, plus séduisante qu'elle par ses résultats, mais aussi d'exécution plus difficile, reste l'opération du chirurgien habile, qui est maître de son moment, qui se trouve en présence d'un anus anormal à siège peu élevé et d'un enfant déjà avancé en âge.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

Un vice dans le développement embryogénique de la région ano-génitale produit l'abouchement anormal du rectum à la vulve et au vagin. Malheureusement, tous les points relatifs à l'évolution normale de cette région sont loin d'être élucidés : de là, l'obscurité qui plane encore sur la pathogénie de ses anomalies. La soudure prématurée des moitiés postérieures des replis ano-génitaux déterminant l'oblitération de l'anus ; d'autre part, le défaut de rencontre du bord inférieur de la cloison cloacale avec le bord postérieur (repli pré-anal) de ces replis ano-génitaux déjà soudés laissant persister la communication du rectum avec ce qui reste du cloaque (vertébral), expliqueraient le mode de formation des abouchements vulvaires (anté-hyménéaux). — La soudure prématurée des replis ano-génitaux, l'absence de soudure des replis latéraux du cloaque à leur partie inférieure, l'abouchement tardif des canaux de Muller dans le sinus uro-génital, le développement du segment hyméno-vaginal en partie aux dépens de l'extrémité inférieure des canaux de Wolff, peuvent être invoqués dans la production des abouchements vaginaux inférieurs (immédiatement rétro-hyménéaux). — Quant aux abouchements vaginaux supérieurs, ils semblent échapper, jusqu'à maintenant du moins, à toute interprétation embryogénique.

Ici, comme pour tous les autres vices de conformation, le pourquoi de ces développements embryogéniques vicieux nous échappe. Les causes habituellement reconnues dans l'étiologie de toute malformation peuvent être, par analogie, appliquées à la

genèse de celle étudiée ici. — Relativement à sa fréquence, elle s'observerait environ une fois sur 80,000 naissances.

L'abouchement vaginal du rectum existe réellement, quoique très rare. Il faut avoir grand soin de ne pas confondre les cas de cet ordre avec les cas de persistance du cloaque.— L'orifice anormal du rectum varie beaucoup de forme et de dimension : le plus souvent arrondi, il présente comme moyenne mesure le diamètre d'une sonde de femme chez l'enfant, de l'index chez l'adulte.— Cet orifice conduit tantôt directement dans le rectum, tantôt par une sorte de trajet fistuleux, qui n'est que l'extrémité effilée du rectum, dans une dilatation ampullaire de l'intestin, plus ou moins éloignée de l'abouchement anormal.

Il était intéressant et utile à la fois de savoir ce que deviennent les fibres musculaires de l'anus et quelle est la disposition du péritoine pelvien, dans les cas de cet ordre. De par l'embryogénie, de par les examens nécropsiques et les constatations au cours des opérations, de par les analogies, on peut dire que, dans l'immense majorité des cas, les fibres du sphincter externe existent à la place où normalement le rectum devrait s'ouvrir. L'existence possible de fibres musculaires autour de l'orifice rectal ectopié n'est basée que sur un examen anatomique et sur les renseignements plus vagues fournis par l'exploration clinique.— Quant à la disposition du péritoine pelvien, nous n'avons aucune donnée certaine à cet égard. Il est bon toutefois de retenir, au point de vue pratique, que, dans aucune des interventions entreprises pour remédier à cette anomalie, l'opérateur n'a eu à se préoccuper du péritoine.

Avec l'abouchement génital du rectum, se rencontrent assez fréquemment d'autres anomalies, puisque sur 145 observations on compte 21 cas où en existaient une ou plusieurs. Ces dernières portent sur tous les organes, sur tous les appareils, y sont des

plus diverses et ne donnent lieu à aucune considération particulière.

La symptomatologie, essentiellement variable, ne permet guère une étude d'ensemble. Elle est en rapport avec les dimensions de l'orifice anormal et la facilité plus ou moins grande laissée par lui au passage des fèces. Entre les cas extrêmes, ceux où la mort est imminente à cause de l'impossibilité absolue ou relative pour les matières d'être expulsées au dehors, et ceux où la présence de l'anomalie a pu rester méconnue de la femme et ne l'a pas empêchée d'arriver à un âge avancé, existe une série de cas intermédiaires qui les relient insensiblement les uns aux autres. — Le diagnostic est très facile : l'exploration des parties en est naturellement la condition indispensable.

Comme la symptomatologie, le pronostic est très variable suivant les cas. Le plus souvent compatible avec la vie, l'abouchement vulvaire ou vaginal du rectum constitue une des moins graves parmi les anomalies ano-rectales. A l'inverse de ce qui a lieu pour la plupart de ces dernières, ce pronostic s'améliore d'autant plus que l'enfant s'éloigne davantage du moment de la naissance. Mais, mis à part quelques cas exceptionnellement heureux, on se souviendra toujours que, même dans ceux où la vie ne semble pas directement en danger, il n'en reste pas moins une infirmité grave qui obligera le plus souvent la femme à recourir aux ressources de l'art.

Les procédés opératoires sont très nombreux. On peut les diviser en deux groupes : 1° Tantôt, en effet, le chirurgien a eu pour but principal de créer un anus artificiel au périnée, la guérison de la fistule constituant un acte secondaire dont la réalisation sera opérée par l'art ou abandonnée à la nature ; 2° tantôt, il s'est efforcé de détacher la partie anormalement abouchée du rectum, pour la transporter à sa place habituelle.

Dans le premier groupe rentrent : la ponction, l'incision simple, la proctoplastie par la méthode d'Amussat, le procédé de Martin, le procédé de Rhéa-Barton ; au second appartiennent les procédés de Dieffenbach, de Nélaton et de Rizzoli.

L'établissement d'un anus aux régions lombaire ou iliaque doit être absolument repoussé. Mieux vaudrait, si l'on ne pouvait avoir recours à l'une des précédentes méthodes opératoires, laisser la femme avec son infirmité, quitte à mettre en usage les moyens palliatifs, tels que le débridement ou la dilatation de l'orifice anormal.

Infiniment rares ont été les complications : une seule fois la septicémie emporta l'opérée.— Les hémorrhagies n'ont été notées qu'exceptionnellement ; encore n'ont-elles jamais donné d'inquiétudes.—On n'a jamais observé de thrombus des parois rectales et d'abcès méconial.— Le prolapsus du rectum et l'incontinence des matières fécales ne constituent que des accidents de courte durée, dont la disparition n'a point demandé l'intervention du chirurgien.

Dans la grande majorité des cas, on devra intervenir : il n'y a guère de contre-indication à l'opération que dans l'existence reconnue d'une ou de plusieurs autres anomalies incompatibles avec la vie, et dans l'absence absolue de troubles fonctionnels jointe à un âge déjà avancé.

Quand le chirurgien est maître de son moment, s'il n'a pas à opérer la main forcée par la présence des phénomènes de rétention, il choisira, pour intervenir, l'époque qui précède le sevrage : il s'évitera peut-être les inconvénients d'une opération d'urgence à une époque critique ; il trouvera, chez l'enfant, des conditions meilleures qu'immédiatement après la naissance ; il aura affaire à un trajet fistuleux de calibre peu considérable ; il n'aura pas à craindre de tomber sur un intestin qui refuse de se vider.

Pour adopter l'un ou l'autre des divers procédés, il ne faut

point seulement se fier à l'examen des chiffres indiquant l'état respectif des succès et des revers par lui fournis ; il faut, avant tout, que le procédé choisi réponde aux indications spéciales fournies par chaque cas particulier. —La méthode d'Amussat et la méthode de Rizzoli doivent surtout être retenues : la première, sans grands dangers, assez souvent efficace, habituellement facile, est l'opération des abouchements élevés, des tout jeunes enfants, des cas d'urgence et du praticien imparfaitement outillé; la méthode de Rizzoli, comme elle sans beaucoup de dangers, plus séduisante qu'elle par ses résultats mais aussi d'exécution plus difficile, reste l'opération du chirurgien habile, qui est maître de son moment, qui se trouve en présence d'un anus anormal à siège peu élevé, et d'un enfant déjà avancé en âge.

PIÈCES JUSTIFICATIVES.

La plupart de ces observations sont résumées. Quelques-unes ne constituent que de simples indications bibliographiques.

ALIX. — Obs. XLII. — Enfant chez lequel l'anus n'existait pas. Les matières passaient par le vagin (*Observ. Chirurgicæ*, tom. III, pag. 203. Altenburg, 1774).

AMUSSAT. — Obs. XLIII. — Enfant morte le troisième jour des suites d'une imperforation d'anus. — *A l'autopsie*, on constata que le rectum s'abouchait en cône dans la partie inférieure du vagin. L'intestin était rempli de méconium et le vagin de gaz. En pressant les matières contenues dans l'intestin, on insufflait le vagin sans que le méconium y pénétrât et, en pressant le vagin, on faisait refluer les gaz dans l'intestin. La vulve, atrésiée, se prolongeait jusqu'au vagin par un conduit semblable à un urèthre de femme. L'orifice anormal se trouvait près d'une sorte de pellicule muqueuse (hymen ?) qui se trouvait au point de jonction de ce conduit et du vagin. Conjointement existait une main bote.

Les parents n'avaient pas accepté d'opération (*Gazette méd. de Paris*, 1836, pag. 108).

ARAND. — Obs. XLIV. — Fille née avec une imperforation de l'anus. Le rectum et le vagin communiquaient par un orifice qui donnait issue aux matières fécales. Pas d'opération (*Observ. med. chirurg.* ; Obs. IV, pag. 28).

AVELING. — Obs. XLV. — Fille née en 1866 avec une imperforation de l'anus et une communication du rectum avec le vagin. Pendant six semaines l'anomalie resta méconnue. Au bout de ce temps, on pratiqua un anus artificiel (le mode opératoire n'est pas indiqué) et on cautérisa le trajet fistuleux, mais sans succès. Il y eut pendant longtemps évacuation involontaire des fèces, qui s'écoulaient par les deux orifices. Ce relâchement

disparut cependant spontanément. En 1884, la malade, âgée de 17 ans, se portait bien. L'anus vulvaire s'ouvrait dans la fosse naviculaire et admettait l'index. L'anus artificiel était rigide. Elle usait d'un support pour la région périnéale, mais jusqu'à ces derniers mois ignorait son infirmité.

Il fallut quatre tentatives pour guérir la fistule, qui fut suturée avec des fils d'argent. Finalement, excellents résultats (*The Lancet*, 20 déc. 1884, pag. 1085).

Barrière (de la). — Obs. XLVI. — Fille de 3 mois 1/2. Il n'y a pas trace d'anus. Au niveau de la vulve, orifice très étroit livrant passage aux excréments. Pas de phénomènes de rétention.

Opération le 10 décembre 1887. Proctoplastie par le procédé d'Amussat ; huit points de suture au fil d'argent. Réunion par première intention. Pas de suppuration. Selles naturelles et sans incontinence (*Gazette des Hôpitaux*, 1888, pag. 156).

Barthon (John Rhéa). — Obs. XLVII. — Fillette de 6 semaines. Pas trace d'anus. Issue douloureuse des matières par le vagin. Une *première opération* consistant en une incision simple fut suivie d'insuccès. A l'âge de 9 mois, la malformation persistait et les souffrances étaient plus vives, par suite de la rétention des matières, de plus en plus consistantes.

Deuxième opération par le procédé de l'auteur (procédé de Vicq d'Azyr). Succès complet : évacuation des matières au gré de la malade (*Medical Record*, vol. VII, pag. 357, 1824).

Bauer. — Obs. XLVIII. — Fillette opérée immédiatement après sa naissance par le professeur Campbell. La fistule s'ouvrait dans le vagin, en arrière de l'insertion hyménéale. L'*opération* avait consisté en une simple incision sur le cul-de-sac intestinal. Malgré l'emploi d'éponges préparées, l'ouverture se rétrécit graduellement et, au bout de quelques mois, une sonde boutonnée pouvait seule arriver dans le rectum. Malgré des souffrances quotidiennes, la petite était vigoureuse et bien nourrie.

L. Bauër pratiqua la *seconde opération* à l'âge de 10 mois. Il pénétra par le vagin dans le cul-de-sac, isola celui-ci, ouvrit son extrémité inférieure et la fixa à l'endroit accoutumé en suturant la muqueuse avec la peau. Le succès fut complet ; seulement, dans les premiers temps après l'opération, quelques fèces sortirent par la fistule vaginale, qui avait été laissée à elle-même. Le nouvel anus avait un pouce de diamètre, et la défécation s'effectuait par celui-ci avec la plus grande facilité (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, janv. 1872).

Bednar. — Obs. xlix. — Fille âgée de 10 jours. L'ouverture très étroite du rectum siégeait en avant de l'entrée du vagin, dans l'espace intermédiaire à la commissure postérieure et à l'extrémité inférieure des petites lèvres (*Die krank. d. Neugeb. u. Saügl.* Wien., 1851, pag. 123).

Bell (Ch.). — Obs. l. — Enfant née avant terme. Bien que les fèces eussent leur sortie facile par le vagin, elle mourut le second jour. Conjointement, l'enfant avait six doigts à chaque main et un double pied varus.

La mère affirme que cinq de ses treize enfants sont venus au monde à huit mois et sont morts aussitôt après : l'un d'eux avait douze doigts et douze orteils. Le père et le grand-père étaient polydactyles (*Edinburgh med. Journ.*, july 1870, pag. 87).

Benicke. — Obs. li. — Il s'agit d'une femme de 21 ans, enceinte pour la première fois, et arrivée au terme de sa grossesse. Lorsque je fus appelé, la tête était profondément engagée, mais n'appuyait pas encore sur le périnée. L'ouverture anale, recouverte par la tête, n'était pas sentie. Il fallut, par suite de la faiblesse des bruits du cœur de l'enfant, terminer l'accouchement par une application de forceps.

Après la délivrance, on put constater que le rectum, le vagin et l'urèthre s'ouvraient dans une seule cavité. Il s'agissait d'un arrêt de développement de la cloison recto-vaginale, qui forme le périnée, de telle sorte qu'on arrivait d'abord dans le sinus uro-génital, au fond duquel se trouvaient les ouvertures séparées du rectum, du vagin et de l'urèthre (*Zeitsch. f. Geburtsh. und Gynæk.*, liv. II, pag. 236, 1878).

Berrut. — Obs. lii. — Fillette de 4 jours, avec absence complète d'anus au périnée. Le rectum se terminait par une ouverture fistuleuse étroite à la partie inférieure de la vulve en avant de l'hymen. Issue par cette ouverture du méconium. Selles possibles quoique exigeant beaucoup d'efforts.

L'*opération* fut pratiquée suivant le procédé de Dieffenbach.

Un mois après l'exécution du deuxième temps, faite quatre mois après le premier, tendance énorme au rétrécissement. Nécessité d'introduire des mèches et des baguettes de bois polies de plus en plus considérables. Au bout de quatre mois de pareilles manœuvres, les selles deviennent régulières. Cette enfant, aujourd'hui âgée de 2 ans, est en parfait état de santé (*Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, tom. III, 1862).

Birnbaum. — Obs. liii — Une fille née avec une atrésie de l'anus

avait un rectum qui, par l'intermédiaire d'un étroit canal, venait s'ouvrir à la partie postérieure de la vulve entre le frein et l'hymen. Il existait simultanément deux hernies inguinales congénitales qui grossissaient rapidement. Comme d'habitude, l'expulsion du méconium avait lieu par l'ouverture vulvaire.

Autopsie : (Les causes et l'époque de la mort sont passées sous silence): Le rectum se trouve jusqu'à un pouce de l'anus vulvaire rétréci au point d'avoir le calibre d'une plume de corbeau; au-dessus, il s'élargissait au contraire considérablement. Le vagin était bien conformé. et le col utérin était simple. De celui-ci se détachait un utérus volumineux fortement incliné vers l'anneau inguinal droit, et présentant un raccourcissement marqué du ligament rond et de la trompe correspondante. L'ovaire figure un corpuscule aplati comme ligamenteux ; comme toujours, son extrémité externe arrive tout près de l'anneau abdominal du canal inguinal. La hernie, de ce côté ne renferme que quelques anses de l'intestin grêle. De la partie inférieure de cet utérus convexe incliné à droite se détache à gauche un canal délié, espèce de cordon qui se dirige obliquement à gauche vers l'anneau abdominal. Il se termine inférieurement par une courte dilatation en forme de vessie et par une courte trompe, laquelle, conjointement avec un ovaire rond allongé, présentant l'épaisseur d'une petite aveline s'avance dans le canal inguinal avec le ligament rond qui était très court. Il y avait donc à gauche une hernie inguinale de l'ovaire, formée par cet organe à l'exclusion de l'intestin (*Monatschrift f. Geb.*. 1865, tom. XXV, pag. 291).

Boissière. — Obs. liv. — Une fille née à Saint-Hippolyte-le-Fort, il y aura bientôt un an, fit pendant un mois ses excréments par le vagin sans que sa mère s'en aperçût. Un jour, les épreintes de l'enfant étant vives, on examina le fondement, et quelle ne fut pas la surprise de la mère, lorsqu'elle vit l'anus clos et les excréments sortir par la vulve. Je fus alors appelé : un chirurgien plongea l'instrument à 3/4 de pouce de profondeur, mais ne put atteindre l'intestin. Les parents de cette petite alarmés et la timidité du chirurgien firent qu'on en resta là ; et aujourd'hui que cet enfant a près d'un an on voudrait trouver les moyens de faire cesser cette désagréable incommodité (*Soc. de Santé et de Salub. publiques du départ. du Gard*, 19 nov. an IX.)

Bompaire. — Obs. lv. — Enfant de 2 mois 1/2. Après avoir joui jusqu'à ces derniers jours d'une santé à peu près parfaite, elle est en train de dépérir : inquiétude, agitation, refus de téter, vomissements fréquents ; le

ventre est ballonné ; au prix des plus grands et des plus douloureux efforts, la malade expulse des matières fécales durcies et moulées de la grosseur d'un stylet de trousse.

Le rectum se termine par un orifice étroit situé à 2 ou 3 millim. en arrière de la fourchette. A la place de l'anus, dépression circulaire, analogue à une cicatrice, sans ouverture. En introduisant une sonde dans le trajet fistuleux, on reconnaît que le rectum se recourbe en arrière vers le coccyx en ne s'écartant que très peu de la peau. Bassin normal. Les tubérosités ischiatiques ne sont pas plus rapprochées que d'habitude.

Opération : Incision simple. Pas de suture. Le trajet fistuleux s'oblitéra spontanément très rapidement. Aujourd'hui l'enfant, âgée de 4 ans 1/2, jouit d'une santé parfaite. Défécation normale (*Thèse de Ricateau*, Montpellier, 1881, pag. 23).

Bonn. — Obs. LVI. — L'anus était imperforé et le rectum s'ouvre dans le vagin. Cité par Papendorf, in *Abdhand. von der angeb. Verschliessung d. Afters bei Kind.* Leipzig, 1783.

Brachet. — Obs. LVII. — Une fille venue au monde avec une imperforation de l'anus rendait de petits filets de matières fécales par une ouverture située à la fourchette. Un stylet introduit dans cette ouverture arrivait, sous la peau, jusqu'au coccyx.

Quatre mois après la naissance de l'enfant, *opération :* M. Brachet incisa toute la portion de peau qui séparait le devant du coccyx de l'orifice de l'anus anormal, il dilata la partie inférieure du rectum par des moyens convenables et laissa cicatriser le périnée fendu. Les sphincters n'ont pas été intéressés, et on espère, quoique le raphé soit formé par l'espèce de membrane muqueuse qui tapissait le conduit anal anormal, qu'il n'en résultera pas d'inconvénients pour l'accouchement, car la membrane muqueuse se prêtera à une grande extension, et c'est presque toujours le défaut d'extension suffisant des téguments qui donne lieu aux ruptures du périnée (*Gazette méd.*, 1831, tom. IV, pag. 105).

Browne. — Obs. LVIII. — Il y absence d'orifice anal au périnée. Le rectum s'ouvre en dedans des grandes lèvres ; cette ouverture est séparée du vagin par une cloison muqueuse (hymen?) (*Dublin med. Journ.*, 1861, pag. 251).

Bryk. — Obs. LIX. — Enfant de 11 mois. L'anus est remplacé par un repli cutané situé à 5 millim. environ en arrière de la fourchette.

Pendant les cris et les efforts, le périnée faisait une saillie hémisphérique et s'affaissait ensuite en entonnoir. L'ouverture du rectum, située à la paroi postérieure du vagin, avait environ le diamètre d'une lentille et se trouvait à moins d'un centimètre de la vulve. En y introduisant un stylet courbé de haut en bas, on faisait manifestement saillir le périnée au niveau du pli cutané indiqué plus haut.

Le 23 novembre 1860, *opération*: Proctoplastie.

Le cinquième jour, on retira les points de suture. A l'exception d'une petite fente qui restait en arrière de la vulve, la réunion s'était faite par première intention. On se borna à des soins de propreté et plus tard à cicatriser les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent.

Au quinzième jour, la cicatrisation était complète. La muqueuse rectale, qui jusque-là avait fait saillie en forme de bourrelet, rentra peu à peu ; l'anus se resserra et livra passage régulièrement et exclusivement aux matières fécales : il paraissait jouir d'un sphincter excellent. La fistule vaginale était considérablement rétrécie, mais elle n'était point oblitérée le 23 décembre, époque à laquelle l'enfant quitta la clinique (*Œsterrischiche Zeitsch. f. prakt. Heilk.*, 1861, n° 14).

Burns. — Obs. LX. — Chez cette fille, l'anus était imperforé et le rectum, au lieu de s'ouvrir à sa place habituelle, traversait la paroi postérieure du vagin et la vulve et venait faire une saillie en avant des grandes lèvres, rappelant ainsi un pénis imparfaitement formé. Ce prolongement était considérable, doué de mouvements, et par l'orifice situé à son sommet s'écoulaient les matières fécales (*Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. I, pag. 137).

Caussade.— Obs. LXI. — Fillette âgée de 2 mois. Pas trace d'anus. Le rectum s'ouvrait par un orifice capillaire à la partie postérieure de la vulve. Elle présentait, quand C... la vit, le tableau de l'occlusion intestinale. Jusque-là l'enfant se portait bien, l'anomalie avait été méconnue.

L'*opération* consista en une incision simple du périnée et du rectum. L'anus artificiel fut maintenu ouvert par l'introduction d'une tente de charpie. Disparition des symptômes alarmants. Retour de l'enfant à une santé parfaite (*Gazette des Hôpitaux*, 29 mars 1834).

Chaussier. — Obs. LXII. — En 1817, Chaussier fut consulté pour un cas d'imperforation de l'anus avec ouverture anormale du rectum en arrière de la vulve. A ce sujet, le Professeur de Paris répondit qu'il connaissait dans

le département de l'Yonne une jeune dame chez qui l'anus manquait, et qui vivait avec une ouverture de communication entre le rectum et le vagin : cette dame était mariée et était accouchée heureusement. Sur le conseil de Chaussier, cette dame n'avait été soumise à aucune opération ; elle avait néanmoins joui toujours d'une bonne santé, quoiqu'elle rendit des matières fécales par le vagin (*Journ. univ. des Sciences médicales*, 1820, tom. XVII, pag. 234).

Cook. — Obs. LXIII. — Femme de 40 ans, assistée par l'auteur à son accouchement. Au moment où la tête fœtale exécutait sa descente, il s'écoula par le vagin des matières fécales. Il existait une communication congénitale entre le vagin et le rectum. L'ouverture, suffisamment large, admettait deux doigts (*English transl. of Morgagni.* Boston, 1824. vol, II, pag. 110).

Curling. — Obs. LXIV. — Enfant âgée d'environ 4 mois. Anus vulvaire très étroit. A la place de l'anus, saillie dure et ovale déprimée légèrement au centre. Le rectum décrivait à sa partie inférieure une courbe vers le sacrum, dont la convexité était contiguë à la peau de la région anale. Obstructions passagères.

L'*opération* consista en l'ouverture de l'intestin, après ablation d'un fragment cutané étroit. Cicatrisation un mois après. Deux ans et demi après, les matières sortaient par les deux ouvertures ; il n'y avait pas d'incontinence. On se réservait d'obturer l'anus vulvaire quand la voie artificielle serait complètement établie (*Medic. a. surg. transac.*, tom. XLIII, pag. 271).

Daubenton. — Obs LXV. — Enfant monstrueux qui manquait d'anus et chez lequel le rectum se terminait, par une extrémité fort étroite, dans un un vagin commun aux deux matrices (*Descript. du cabinet du Roy*, tom. III, pag. 203).

Depaul. — Obs. LXVI. — Fistule ano-vulvaire avec imperforation de l'anus. Le rectum n'était séparé de l'extérieur que par l'épaisseur de la peau. D... enleva cette dernière et cautérisa la fistule. Guérison rapide. (Cité par Jarjavay, *Société de Chirurgie*, 1857).

Deutsch. — Obs. LXVII. — Fille de 29 ans, n'en paraissant que 15 ou 16. Santé habituelle bonne. L'anomalie ne fut découverte que fortuitement ; la malade ignorait elle-même son infirmité. A la place de l'anus, existe un tubercule cutané, arrondi, de la grosseur d'un pois, faiblement pédiculisé, de consistance cartilagineuse. Organes génitaux bien conformés. Entre

l'hymen lâche et la fourchette se trouve l'orifice, à bords arrondis et durs, qui conduit dans le rectum. Plis radiés autour de l'anus anormal. Le doigt ou l'application d'un corps étranger provoquent des contractions à son niveau.

Les besoins d'aller à la selle ne se font sentir qu'à de longs intervalles (huit à quatorze jours) et, à leur suite, expulsion de matières tantôt liquides, tantôt solides — ces dernières en petits fragments durs. — Pas d'intervention (*N. Zeitsch. f. Geburtsk.*, B. XXX, 1851, S. 281).

Dieffenbach.— Obs. LXVIII.— Enfant âgé de 3 mois, pas trace d'anus à l'extérieur. Le rectum se termine à la paroi postérieure du vagin.

Opération de l'auteur. Succès complet (*Heckers literarischen Annalen.* Janv. 1826, S. 31).

Doepp. — Obs. LXIX et LXX. — D... a opéré deux petites filles chez lesquelles il y avait absence d'anus, le rectum s'ouvrant entre l'hymen et la commissure postérieure de la vulve. Les deux fois, D... eut recours *à l'opération* de Vicq d'Azyr. Insuccès (*Abhandlung der Petersb. Aertze*, 1842, S. 162).

Doran. — Obs. LXXI. — Chez cette jeune fille, existait une atrésie de l'anus avec cloaque : par suite de la rétention des matières elle dépérissait, quand elle mourut à l'âge de 11 ans d'un phlegmon du petit bassin consécutif à une blessure produite pendant des tentatives pour évacuer le vagin. L'autopsie fit voir le point d'abouchement du rectum dans le vagin à 1 centim. 1/2 des petites lèvres. L'urèthre s'abouchait normalement (*Transact. of the obst. Soc.* London, 1881, pag. 79).

Doyon. — Obs. LXXII. — Fille de 23 ans, observée à Lyon dans le service de M. Barrier. Entre l'hymen atrésié et la fourchette, ouverture conduisant dans le rectum. A la place de l'anus, petite dépression ovalaire. Absence de l'utérus et du vagin. Pas de menstruation.

Les matières fécales ont toujours eu leur cours libre et facile par la vulve ; elles ont seulement déterminé sur les grandes lèvres des végétations pour lesquelles la malade est entrée à l'hôpital. Pas d'opération (*Gaz. médic. de Lyon*, 1851, pag. 210).

Duret. — Obs. LXXIII.— Fille de 5 ans qui, avec une imperforation de l'anus, présentait l'ouverture du rectum dans le vagin ; celle-ci était située immédiatement au-dessus de la fourchette (*Thèse de Serand*, Montpellier, 1814, pag. 26).

Faure.— Obs. LXXIV. — Chez cette petite fille on voyait à la place de l'anus un bourrelet saillant, longitudinal, coupé de replis transversaux en rappelant assez bien les replis ; l'ouverture du rectum, située au niveau de la fourchette, suffisait à peine à la sortie, sous l'influence d'efforts soutenus, d'une très petite quantité de matières stercorales.

Opération : Proctoplastie par la méthode d'Amussat. Au cours de l'opération, on reconnut distinctement les fibres du sphincter et celles du releveur. Quinze jours après, F.. fendit la fistule cutanée recto-vulvaire. Bonne cicatrisation ; il existe un périnée résistant de 4 lignes d'étendue. Défécation normale (*Gazette des Hôpitaux*, 1848, pag. 19).

Friedinger. — Obs. LXXV. — Chez cette petite fille âgée de 8 jours, l'ouverture anale, admettant un stylet boutonné, siège en arrière de la commissure des grandes lèvres, c'est-à-dire au commencement du vagin. On arrive dans un rectum dilaté sur le côté en forme de sac, et à l'endroit où siège l'anus habituellement, il y a seulement un pli cutané légèrement saillant. L'enfant succomba au huitième jour avant d'avoir été opérée. (*Zeitschrift d. Wiener Aertze*, août 1854).

Furst. — Obs. LXXVI. — Zaccharias Furst a vu une fillette âgée de 8 semaines, qui présentait à la place de l'anus un tissu dur, comme cicatriciel et qui rendait ses excréments par la vulve. En écartant les lèvres et après avoir nettoyé la vulve des matières qui la souillaient, il se rendit compte de l'erreur de la nature, qui avait placé l'orifice de l'intestin rectum à la partie inférieure de la vulve. C'est par là que sortaient péniblement les matières fécales (*Ephem. acad. natur. curios.* Déc. II, an III, pag. 225).

Garland. — Obs. LXXVII. — Enfant âgée de 3 mois. Après avoir introduit une sonde par l'ouverture vaginale, un anus périnéal fut créé et conservé par l'apposition d'un tampon conique. Les fèces prirent leur écoulement par cette ouverture, et la communication avec le vagin s'oblitéra rapidement (*Med. Press a. Circular*, septembre 1869).

Giraldès. — Obs. LXXVIII et LXXIX. — Deux fois, G... a eu recours au procédé suivant : après incision de la peau du périnée, l'intestin, isolé et ouvert, fut réuni à la peau. Puis il divisa d'un coup de ciseaux l'angle antérieur jusqu'à l'entrée du vagin, aviva les bords de l'ouverture muqueuse et réunit la plaie au moyen de sutures métalliques. Dans les deux cas, le résultat fut des plus satisfaisants (*Mal. chir. des enfants*, 1869, pag. 135).

Golliez. — Obs. LXXX. — Fille de 12 jours, souffrant de fortes coliques ; elle ne rendait les matières fécales qu'en petite quantité. Pas d'orifice anal : les matières s'écoulaient continuellement par la vulve, par un orifice fistuleux très étroit situé à la hauteur d'un pouce. — *Opération :* Introduction d'une sonde par la fistule ; incision à l'endroit où aurait dû exister l'anus. Mèches dans la plaie. Guérison sans accident. La fistule recto-vaginale disparut peu à peu sans l'emploi d'aucun traitement (*Revue médico-chirurgicale*, décembre 1851).

Grynfeltt. — Obs. LXXXI. — Fillette âgée de 5 semaines. Pas de dépression à la place de l'anus ; le rectum communique avec le vagin par un orifice situé en arrière de l'hymen. Par cet orifice s'écoule un peu de matières stercorales en forme de vermicelle, enroulées en forme de tire-bouchon.

Opération par la méthode d'Amussat. Pas d'hémorrhagie. Suites excellentes. Réunion immédiate. Les évacuations se font par le nouvel anus ; la diarrhée seule, quand elle existe, donne lieu à une légère filtration par le vagin. L'orifice de communication, qu'on se proposait de traiter par la cautérisation, s'est fermé spontanément. M. Grynfeltt a reçu récemment de son opérée, aujourd'hui âgée de 9 ans, d'excellentes nouvelles ; les fonctions se faisaient des plus régulièrement (*Gaz. hebd. des Sciences médicales de Montpellier*, 1881, pag. 556, et communication orale).

Guersant. — Obs. LXXXII. — Anus vulvaire. Introduction par la fistule, dans l'ampoule rectale, d'un cathéter cannelé, avec lequel on divisa les parties par une opération semblable à la taille bilatérale : G... fit d'abord une incision en la dirigeant sur la cannelure du cathéter, qu'il agrandit avec un lithotome double. Canule de gomme élastique à demeure. Guérison ; mais il sort toujours un peu de matière par le vagin (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1857, tom. VII).

Hartmann. — Obs. LXXXIII. — L'enfant, âgée de 6 mois, était en parfait état de santé et avait eu une croissance rapide. Elle présentait un anus imperforé ; les fèces s'écoulaient entièrement par le vagin (*Miscellanea curiosa...*, 1691, déc. II, Obs. CLIX, pag. 249).

Hergott. — Obs. LXXXIV. — Fille âgée de 5 semaines, rendant ses matières par la vulve. Au périnée pas trace d'anus. L'état général était très satisfaisant, et l'enfant nullement incommodée. La mère était restée quatre semaines sans soupçonner l'anomalie.

Opération, 26 octobre 1864. Proctoplastie par la méthode d'Amussat. Guérison rapide. Mais tendance du nouvel anus à se rétrécir. Le 27 novembre, on fut obligé de recourir à la dilatation avec un spéculum auris. Pendant quatre mois, introduction journalière du doigt; au bout de ce temps, il ne s'écoula plus rien par le vagin. Aujourd'hui l'enfant, âgée de 18 mois, est parfaitement guérie (*Gazette médicale de Strasbourg*, 31 mai 1866).

Hœsbart. — Obs. LXXXV. — J. Hœsbart a connu une fille de 20 ans, vierge, qui avait l'anus fermé et rendait ses matières par la vulve (*Miscell. curios.*..., etc., 1691, pag. 132, déc. II).

Inconnu. — Obs. LXXXVI. — Chez une fille née avec l'anus imperforé, l'intestin s'ouvrait à la vulve; c'est par là qu'elle rendait ses matières fécales. Elle vécut au delà de 6 ans (*Éphémérid. Acad.*, *N. c.*; Cent. V, Obs. LVI, pag. 88).

Irminger. — Obs. LXXXVII. — Irminger a noté les particularités suivantes sur une fille nouvellement née et dont le rectum s'ouvrait dans le vagin: Les grandes et petites lèvres manquaient et l'ouverture, en forme de boutonnière, du vagin était dénudée. Le clitoris, découvert, était de volume normal. L'ouverture anale manquait; le rectum s'ouvrait à la partie inférieure du vagin, et les fèces s'écoulaient à travers cet organe (*Pommer's Schweizerische Zeit.*, tom. III, 1838).

Johnson. — Obs. LXXXVIII. — Une fille née avec l'anus imperforé avait le rectum ouvert dans le vagin. A l'âge de un mois, on pratiqua au périnée une incision qui atteignit le rectum. — Quand la malade fut revue la deuxième fois, l'ouverture était libre. Aucune tentative n'avait été faite pour oblitérer l'orifice recto-vaginal, qui était très étroit (*British med. Journ.*, january 1860).

Jussieu (de). — Obs. LXXXIX. — Fille de 7 ans, que l'auteur connaissait. Elle avait une imperforation de l'anus avec ouverture anormale du rectum. Cette fille rendait, depuis son enfance, ses matières fécales par le vagin; on n'eut pas à recourir à une opération (*Histoire de l'Acad. des Sciences*, 1719, pag. 42).

Kirsten. — Obs. XC. — Fille née avec un anus imperforé et dont les matières s'écoulaient par le vagin (*Act. nat. cur.*, lib. IX, Obs. XI, pag. 24).

Kiwisch. — Obs. xci. — Absence d'anus. Le rectum s'abouche dans le vagin. Dans ce cas, il n'y avait pas incontinence des matières, l'orifice anormal étant entouré d'une sorte de sphincter spécial (Cité par Hégar et Kaltenbach, in *Gynécologie opératoire*, pag. 488. Paris, 1884).

Krieger. — Obs. xcii. — Fille âgée de 4 jours, bien constituée, à part l'absence d'anus. *Opération* nécessitée par les phénomènes d'occlusion. Incision simple du périnée et du rectum sur la sonde cannelée. — Tendance excessive au rétrécissement : trois semaines après, les matières passaient par le vagin. Pendant six semaines, dilatations répétées. Au bout de ce temps, l'anus avait son état normal, la défécation se faisait normalement. Mais, une semaine après, l'enfant fut emportée par une pneumonie.

Autopsie : Vessie et uretères normaux. Le rectum présente encore un rétrécissement, mais la surface interne est tapissée par une muqueuse, et une cicatrice fine indique la limite entre la peau attirée en dedans et la muqueuse rectale descendue. Au dessus de cette cicatrice part un canal délié dirigé en haut et en avant dans le vagin, de telle sorte que, par le fait de la descente du rectum, la communication primitive avec le vagin était cachée comme par une soupape et que les matières fécales ne pouvaient s'engager dans cette ouverture sans que celle-ci fût forcée. — Après l'incision de la partie rétrécie du rectum, on arrive dans un vaste cloaque dans lequel le vagin et le rectum énormément dilaté venaient s'aboucher. A la surface intérieure de ce cloaque, on voit l'ouverture du vagin arrondie et entourée de petites saillies mamelonnées. — En outre, le fond de cet organe est divisé en deux parties inégales par un pli muqueux en forme de cintre à bord inférieur libre, allant obliquement de droite à gauche et d'avant en arrière. Dans chacune de ses moitiés, on trouvait une portion vaginale et une cavité utérine séparée. Le double utérus avait extérieurement l'aspect d'un utérus bicorne, et à chacune de ces cornes étaient appendus une trompe et un ovaire.

Kuster. — Obs. xciii. — Enfant née, en juillet 1874, avec un anus ouvert entre l'hymen et la commissure postérieure. L'anomalie ne fut reconnue que quatre mois après la naissance. L'orifice est très étroit. L'anus normal est marqué par une légère dépression.

Le 16 novembre, *opération*. Après introduction d'une sonde sentie au périnée, incision du raphé jusqu'au rectum. Isolement de ce dernier dans sa demi-circonférence inférieure. Section, aux ciseaux, du rectum au ras du vagin. Dégagement de la paroi antérieure de l'intestin. Celui-ci est alors

attiré au niveau de la plaie extérieure et suturé. La plaie des téguments, béante en avant et en arrière, fut suturée. Avivement et oblitération par deux points de suture de l'ouverture vaginale. Au bout de quatre semaines, guérison parfaite et succès complet (*Berlin. klin. Wochens.*, 1875, n° 33, pag. 456).

Kuster. — Obs. xciv. — Enfant âgée de 3 mois. Pas d'ouverture anale normale. L'ouverture anormale, très petite, se trouve derrière la commissure postérieure de la vulve. Procidence de la muqueuse, gêne de la défécation.

L'*opération* consista en l'incision du périnée sur la sonde cannelée; agrandissement de la plaie avec le bistouri boutonné : suture de la muqueuse à la plaie extérieure. Suivant le conseil de Goyrand, la gouttière revêtue de muqueuse qui restait de l'intestin fut abandonnée à elle-même. Bien qu'il n'y ait pas eu réunion par première intention, l'anus est maintenant bien conformé et fonctionne régulièrement (*Loco citato*).

Lefort (L.). — Obs. xcv. — Petite fille de 3 mois, dont le rectum s'ouvrait à l'orifice du vagin, en avant de l'hymen.

Opération : Incision couche par couche jusqu'au rectum et établissement d'un anus artificiel comme dans les cas d'anus imperforé après vaines tentatives pour décoller le rectum du côté du vagin. Avivement de la fistule par le procédé américain et sutures. Au niveau de la suture supérieure qui manque, il reste un petit orifice qu'on se proposait de traiter par la cautérisation et par lequel passaient quelques matières dans les efforts violents de défécation (In *Médecine opératoire de Malgaigne*, 1877, 8e édit.).

Lettson. — Obs. xcvi. — Fille opérée peu de jours après sa naissance (sept. 1786) par *incision simple ;* hémorrhagie peu abondante. L'enfant, qui souffrait beaucoup, fut soulagée, mais les matières s'écoulaient toujours en partie par le vagin. Le rectum s'ouvrait à la paroi postérieure du vagin, il n'y avait pas trace d'anus.

Un an et demi après, Lettson pratiqua une *grande incision* à la suite de laquelle l'enfant reprit aussitôt la santé. Revue un an après, elle allait parfaitement bien (*Memoirs of the med. Society of London*, 1792).

Lever. — Obs. xcvii. — L... a observé une jeune fille de 18 ans, bien réglée, qui n'avait pas d'anus et dont les matières fécales s'écoulaient par le vagin. Pas d'opération (*Guy's hosp. Report*, 1849).

Mammel.— Obs. xcviii.— Une fille de 4 jours, ayant du météorisme et un léger ictère, vint à succomber. L'anus était absent, et le méconium était expulsé par une petite ouverture placée en avant du frein. — *Autopsie :* La vessie et l'urèthre sont à parois épaisses. Le rectum, distendu par le méconium, est très dilaté ; sa partie inférieure, épaisse d'un 1/2 pouce, est étroite et très musculeuse, et vient s'ouvrir en avant du frein. Entre l'orifice uréthral et l'anus, l'hymen ferme admettait une sonde de une ligne. A la suite, cloison musculeuse épaisse d'une ligne (représentant le vagin atrésié) ; au-dessus, utérus rudimentaire dont le col est imperforé, ovaires et trompes normaux (*Wiener allg. med. Zeit.*, 1867, n° 46, pag. 388).

Melchiori. — Obs. xcix. — Femme de 36 ans, ayant joui jusqu'à l'âge de 26 ans d'une excellente santé ; depuis lors, maladive par suite de troubles digestifs : Diarrhée ayant duré jusqu'à cinq mois, alternant avec une constipation opiniâtre, etc. La sortie des matières par l'anus vulvaire était facilitée par des pressions sur le périnée. — L'orifice anormal, rougeâtre, siège entre l'hymen et la fourchette. A sa suite, canal rétréci sur une étendue de 2 centim. A la place de l'anus, tumeur comme une noisette de nature lipomateuse. *Opération* le 1er octobre 1873. Incision simple sans suture. Hémorrhagie assez abondante. Au bout de huit jours, la malade partit, la plaie en bonne voie de cicatrisation. Mais elle mourut un mois après par suite de diarrhée. Depuis l'opération, l'anus vulvaire ne donnait plus sortie aux matières ; il était très rétréci (*Annali univ. de med. e chirur.*, april 1875).

Mercuriale.— Obs. c.— Juive, fille d'un habitant de Padoue appelé Teutonicus. Elle n'avait pas d'anus, et les matières s'écoulaient par le vagin. On ne fit pas d'opération ; malgré son infirmité, elle arriva à l'âge de 100 ans (*De morb. Puerorum.* Lib. I, C. 9. Venetiis, 1783).

Meyer. — Obs. ci.— Enfant âgée de 3 semaines, avec absence d'ouverture anale. Par les efforts de la défécation la place de l'anus devenait saillante. Les fèces sont expulsées par un orifice siégeant sur la cloison recto-vaginale.

Opération : Proctoplastie, guérison. On se réserva de traiter plus tard la fistule : par elle, les matières s'échappaient encore de temps en temps (*Hospital Titende*, 1876. R. 2, tom. III, pag. 689).

Minado. — Obs. cii. — M... relate le cas d'une fille de 6 ans qui

rendait ses excréments par la vulve, l'anus étant absent. Pas d'opération (*Misc. nat. cur.*, déc. 1, An. I, Obs. II).

Moebius. — Obs. CIII. — Fille de 6 mois. Elle rendait ses excréments par la vulve (In *Morgagni*, Obs. XXII).

Mourlon. — Obs. CIV. — Enfant de 12 jours, évacuation difficile du méconium par la vulve; cris, agitation. Pas trace d'anus, vulve bien conformée. Orifice anormal à la commissure postérieure des grandes lèvres. Hymen en croissant dont les bords se confondent avec ceux de la fistule.

Opération le 13 août 1868. Proctoplastie par la méthode d'Amussat. Réunion immédiate le troisième jour, sauf en arrière. Cicatrisation complète le dix-huitième jour. Les matières, surtout liquides, sortent quelquefois par la vulve. Le 4 septembre, oblitération de la fistule : la muqueuse, incisée au niveau de l'angle supérieur et tout autour de la fistule, est ainsi mobilisée de manière à se mettre au contact de l'angle inférieur avivé auquel elle est suturée. Il persiste un petit trou, oblitéré à la fin septembre à l'aide du nitrate d'argent. Revue au 1er novembre, la petite fille était radicalement guérie de son infirmité (*Gaz. des Hôpitaux*, 1874, pag. 37).

Mutter. — Obs. CV. — Fille âgée de 2 semaines. Le rectum, terminé en cul-de-sac, s'arrêtait à trois ou quatre lignes du périnée. Les fèces passaient par le vagin, et cette évacuation se faisait avec beaucoup d'efforts. Pas trace d'anus à la peau ; l'ouverture se trouve entre la fourchette et l'hymen bien formé.

Ponction avec le trocart jusqu'à la rencontre d'un conducteur introduit par le vagin dans le rectum. Agrandissement avec le bistouri. Tendance au rétrécissement; nécessité d'une nouvelle opération (Meigs ; *Traduction de Colombat (de l'Isère)*. Philadelphie, 1845, pag. 116).

Naudin. — Obs. CVI. — Fille de 5 ans ; pas trace, au périnée, d'anus. La défécation se fait par la vulve, régulière et sans douleur. L'hymen manque dans les deux tiers postérieurs. L'ouverture arrondie du rectum siège à un travers de doigt au-dessus de la commissure postérieure. Le trajet fistuleux, très court, consistait, à vrai dire, dans la perforation des parois vaginale et rectale immédiatement accolées. On ne sentait pas de cul-de-sac rectal.

L'*opération* consista en l'incision simple ; l'intestin ne fut atteint qu'à une hauteur de 5 centim. Hémorrhagie presque nulle. Introduction répétée

de mèches. Il y avait tendance au resserrement ; la fistule, que N... se proposait de fermer après le sevrage, donnait issue en partie aux matières. Cinq mois après l'opération, l'enfant mourut de diarrhée (*Journ. de med. de Toulouse*, 1860, n° 5).

Nélaton. — Obs. cvii. — Enfant nouveau-née présentée à l'hôpital Saint-Antoine et chez laquelle le rectum s'ouvrait dans le vagin.

Opération de l'auteur, succès (*Éléments de pathologie chirurg.*, tom. V, pag. 34).

Nélaton. — Obs. cviii. — Petite fille de la Charente-Inférieure. Le rectum s'ouvre tout près de l'orifice du vagin. L'*opération* consista en la simple incision du périnée et l'ouverture de l'ampoule rectale (*Éléments de pathologie chirurg.*, tom. V, pag. 35).

Olinet. — Obs. cix. — Fillette âgée de 12 mois. L'anus était représenté par une légère dépression, rugueuse, avec des sillons divergents, dont l'un formait le raphé ; le rectum s'ouvrait à la commissure postérieure de la vulve par un canal qui régnait le long du périnée, de la capacité d'une sonde de femme. Alternatives de déjections liquides et multipliées et de déjections consistantes et rares. Efforts d'expulsion très grands. Amaigrissement, débilité ; la nourrice était obligée de presser du sacrum vers la vulve pour aider à la sortie des matières.

L'*opération* consista en la section, aux ciseaux, de la paroi inférieure de la fistule jusqu'au rectum. Cicatrisation quarante-huit heures après, pas de rétrécissement consécutif. Mort deux mois après. Pendant ce temps, convulsions alternant avec un calme parfait (*Journ. univ. des Sciences médicales*, 1820, tom. XVII, pag. 232).

Osterloh. — Obs cx. — Enfant de 10 semaines, sans anus ; entre l'hymen et le frein existe une ouverture étroite par laquelle les matières sont chassées au milieu d'efforts et de cris violents.

Une *première opération* consista en l'incision simple et l'avivement de l'ouverture vaginale, qu'on oblitéra par la suture. Le sphincter externe fut nettement reconnu ; on avait dû, à cause de l'hémorrhagie, renoncer à l'opération de Dieffenbach. La fistule ne se ferma pas, et le rétrécissement du nouvel anus fut tel qu'il fallut, quatre semaines après, faire une *deuxième opération*. Proctoplastie par le procédé d'Amussat. Succès. Il s'écoulait encore un peu de matières par l'ouverture vaginale, qu'on se proposait plus tard de fermer (*Archiv. f. Gynæk.*, 7 Bd., 1875, pag. 565).

Page. — Obs. cxi. — Fille née à terme. Pas trace extérieure d'anus. Les matières sortent par un orifice situé entre les petites lèvres et entouré d'une petite tumeur rouge, du volume d'une fève des marais.

Le lendemain de la naissance, *opération* par le Dr Ainsworth. Proctoplastie par le procédé d'Amussat. Huit jours après, l'enfant mourut, après avoir présenté des accès de dyspnée, accompagnés de cyanose de la face, du cou, des lèvres et des oreilles.

A l'autopsie, le cœur était mal conformé ; il n'y avait qu'un seul ventricule au sommet duquel l'aorte venait s'ouvrir directement. La seule oreillette était située à droite et en arrière et communiquait obliquement avec le ventricule. L'artère pulmonaire était très petite et sortait au-dessous du point où l'aorte entrait dans le cœur, passait à gauche, en arrière et en haut et se bifurquait derrière l'aorte. Une valvule imparfaite faisait saillie dans le ventricule ; elle était fixée par deux courtes et fortes colonnes charnues et par deux légers cordages tendineux à la partie supérieure et inférieure du côté gauche. Les veines pulmonaires s'ouvraient dans l'oreillette. Le rectum se terminait à un pouce 1/4 du périnée et communiquait avec le vagin par ses bords supérieurs. L'utérus était bifide. — Pas d'autres malformations (*Boston medic. and surgic. Journ.*, 1857, vol. LVII pag. 239).

Papendorf. — Obs. cxii. — P... a observé un enfant du sexe féminin qui n'avait pas d'anus et dont le rectum communiquait avec le vagin par deux orifices à travers lesquels passaient les fèces (*Abhandl. v. der angeb. Verschliessung d. Aft. bei Kind.* Leipzig, 1783).

Parrish. — Obs. cxiii. — Fillette âgée de 15 mois. Les matières s'écoulent à travers la vulve. Les évacuations, très douloureuses, n'ont lieu qu'à de longs intervalles et lorsque les matières sont liquides ou très molles. Pas trace extérieure d'anus.

Une première incision faite le 18 février ne fut pas suivie de l'ouverture du rectum.

Le 4 mars, 2e *opération :* Procédé de Rhéa Barthon. Succès complet. La malade évacue et retient les matières à son gré (*Medic. Record.* Philadelphia, tom. VIII, pag. 359).

Péan. — Obs. cxiv. — P... a observé une fille de 5 ans qui rendait ses matières par le vagin, l'anus étant absent (cité par Serrand, *Thèse de Montpellier*, 1814).

Petermann.—Obs. cxv.—Femme de la campagne, âgée d'une vingtaine d'années ; l'anus était fermé et le rectum s'ouvrait au vagin ; les matières fécales s'écoulaient par la vulve (*Obs. médic.*, déc. 2, Obs. II, pag. 23, 1707).

Petit.— Obs. cxvi. — Fille de 10 ans qui n'avait pas d'anus et rendait ses matières par la vulve. Pas d'opération (*Actes de la Soc. de Lyon*, tom. II, pag. 101).

Queirel. — Obs. cxvii.— Petite fille de 3 jours. La place de l'anus est dessinée par une petite élevure cutanée complètement imperforée. Le rectum se terminait par un orifice rétréci dans le vagin, à 1 centim. de l'hymen. Les matières sortaient par la vulve en petite abondance, et le ventre commençait à se ballonner.

Opération le 26 janvier 1889 : Établissement d'un anus périnéal par la méthode d'Amussat. La dilatation ampullaire du rectum siégeait très haut. Oblitération spontanée de la fistule le troisième jour. Dilatation du nouvel anus pendant trois semaines. Les fonctions digestives se sont toujours bien accomplies.

A la date du 3 octobre 1890, nous avons reçu de M. Queirel une lettre nous confirmant la guérison complète de son opérée (*Annales de gynécologie*, avril 1889, pag. 271, et communication écrite).

Ricateau. — Obs. cxviii. — M. L..., 4 ans, fille unique née à terme après grossesse normale. Le rectum s'ouvre à la fourchette par un orifice qui reste béant, lorsque l'enfant reste couchée sur le dos les cuisses fléchies. Pas d'incontinence des matières, dont la sortie irrite la vulve qu'elles souillent. La région anale n'offre aucun caractère particulier. La cloison recto-vaginale est très peu épaisse; la disposition des deux canaux vaginal et rectal rappelle celle des canons d'un fusil double. Pas d'ampoule rectale.

Opération par le procédé de Rizzoli. Échec, résultat nul (*Thèse de Montpellier*, 1881, pag. 15).

Ricord. — Obs. cxix[1]. — Femme de 22 ans. Rien d'anormal aux parties génitales externes. Le spéculum, introduit facilement, met à découvert un bol de matières fécales simulant au toucher le museau de tanche, et des pépins de raisin pris pour des végétations. A la place de l'anus, tache

[1] Conformément à l'usage, nous avons reproduit cette observation, qui nous paraît cependant avoir pour objet la même femme que celle soumise à l'examen de Boyer (Obs. xxviii, pag. 63).

brunâtre de la grandeur d'une pièce de 1 fr., irrégulièrement radiée et dépourvue de poils. On ne perçoit aucun vestige de matrice ; absence totale de règles. Les garde-robes se font volontairement par la vulve. Le coït a pu s'accomplir sans que l'homme qui vit avec cette femme se soit aperçu de l'anomalie (*Gazette des Hôpitaux*, 1833, pag. 412).

Rizzoli. — Obs. cxx. — Fille de 9 ans. Un enfoncement de la peau indique la place de l'anus. Conformation normale des organes génitaux externes, sauf une légère hypertrophie des grandes et petites lèvres, de la fesse et du membre inférieur du côté droit. Irritation et sensibilité de la face interne des grandes et des petites lèvres et de l'hymen, engorgé et douloureux. Le rectum s'ouvre dans la fosse naviculaire par un orifice arrondi. Ce dernier s'opposait à l'incontinence des matières, ce qui fit supposer l'existence d'un sphincter, dont l'application du froid provoquait les contractions.

L'*opération* fut pratiquée le 15 mai 1856 par le procédé de l'auteur. Hémorrhagie veineuse le troisième jour, facilement arrêtée. A la sortie de la malade, quarante-cinq jours après l'opération, on notait à la région anale une ouverture infundibuliforme annulaire, manifestement contractile, permettant l'introduction de l'extrémité du petit doigt ; le périnée mesure plus de quatre lignes d'étendue. L'opérée retient les matières fécales et peut les évacuer à volonté. Revue huit ans après, elle était en parfait état et sur le point de se marier. Tout confirmait un succès complet et définitif (*Clinique chirurgicale* ; trad. franç. du Dr Andreini, 1872, pag. 453).

Rizzoli. — Obs. cxxi. — Marie Mérighi, 14 ans. Le rectum s'ouvrait tout près de l'hymen par un orifice très étroit. Constipation opiniâtre ayant duré une fois jusqu'à un mois. La paroi postérieure du rectum formait une dilatation en forme de goître.

Opération le 8 septembre 1865. Il fallut, au cours de l'opération, exécutée suivant le procédé de l'auteur, faire un débridement étendu de la paroi postérieure du rectum, à cause de la difficulté de loger dans le tissu de la région coccygienne la dilatation en forme de goître de cette paroi. Après cette manœuvre, suture comme à l'ordinaire. Cicatrisation troublée le troisième jour par la déchirure de la paroi intestinale inférieure, ce qui permit à quelques matières de sortir par la vulve. Malgré ce, la guérison s'opéra complètement, les parties reprirent leur forme normale, et les évacuations se firent sans difficulté. Quatre ans après, la guérison radicale était confirmée à Rizzoli (*Clinique chirurgicale*, 1870, pag. 464).

Rizzoli. — Obs. cxxii. — Fillette de 17 mois, ayant déjà subi deux tentatives opératoires pour remédier à l'atrésie anale. Orifice très étroit situé en avant de l'hymen et directement en communication avec la portion recourbée du rectum, très dilaté. Selles difficiles et douloureuses.

Opération le 8 juillet 1865 par le procédé habituel, avec excision d'une partie du tissu cellulaire de la région coccygienne. Un mois après, l'enfant partait guérie. En 1869, la guérison se maintenait. Défécation facile ; le périnée mesure plus de 1 centim. de longueur (*Clinique chirurgicale*, 1872, pag. 463).

Rizzoli. — Obs. cxxiii. — Fillette de 26 mois. L'anus était remplacé par un repli de la peau simulant une crête. L'orifice du rectum rétracté se trouve dans la fosse naviculaire. Par lui passent de plus en plus difficilement les matières, au fur et à mesure qu'elles prennent plus de consistance : elle aurait eu une fois une constipation de vingt jours. Coliques fréquentes. L'ouverture anormale douée de contractions indiquant un sphincter conduit dans un canal étroit d'environ un centimètre, aboutissant dans le rectum dilaté en cloaque.

Opération le 27 mai 1865. Au cours de celle-ci, on reconnut la présence de fibres musculaires. Il fallut inciser profondément le tissu conjonctif précoccygien, pour y loger le rectum isolé suivant le mode habituel.

A la sortie de l'enfant, le 24 juin, l'anus était dans sa position normale ; le doigt introduit y éprouvait un sentiment de constriction démontrant la néoformation d'un sphincter. A la place de l'anus contre nature, petite cicatrice solide (*Clinique chirurgicale*, 1872, pag. 459).

Rizzoli. — Obs. cxxiv. — Fillette de 3 mois, entrée le 11 octobre 1871 pour un anus vulvaire. Cris au moment de la défécation, congestion de la muqueuse vulvaire ; état général assez bon.

Opération : Incision, sur la sonde cannelée, du périnée et d'une portion de la paroi postérieure de l'intestin rétréci. Séparation au bistouri et aux ciseaux, du petit sphincter rectal et du rectum, des parties adjacentes. Fixation de la paroi antérieure de l'intestin à la peau, suture des tissus périnéaux. Quelques jours après, la plaie étant presque cicatrisée, ouverture d'une petite sinuosité par laquelle une certaine quantité de matières pénétrait dans la direction de la blessure. Guérison parfaite le trentième jour. Elle se maintenait deux ans plus tard. Parfaite régularité et excellent fonctionnement des parties (*Clinique chirurgicale*, Appendice, 1877).

Rizzoli. — Obs. cxxv. — Enfant âgée de 25 jours, ayant un anus ouvert à la fourchette. Petite dépression à la place normale de l'anus. Ballonnement du ventre, souffrances. Le méconium sort difficilement de l'orifice anormal très étroit.

Opération, 17 novembre 1867. Incision, par un bistouri introduit dans le pertuis ano-vulvaire, de tous les tissus jusqu'à un centimètre en deçà du coccyx. Section aux ciseaux des attaches antérieures et latérales du rectum avec le vagin. Fixation du bord intestinal avec les bords cutanés de l'incision périnéale. Hémorrhagie insignifiante. Guérison au bout d'un mois.

En septembre 1874, l'anus avait acquis une conformation naturelle, et on avait peine à supposer que cette enfant était née avec un anus vulvaire (*Clinique chirurgicale*, Appendice, 1877).

Rochard. — Obs. cxxvi. — Le 16 mai 1785, l'épouse de M. Savry, fermier à Montceaux, m'amena sa petite fille âgée de 13 jours, dont l'anus était imperforé, mais qui rendait ses déjections par la vulve ou le pudendum. Je passai une sonde assez flexible pour la courber, de façon à faire, par un appui, une saillie dans l'endroit où devait être l'anus ; j'opérai dessus le bouton que je fis fixer par un aide d'une manière invariable ; je fis une espèce d'incision cruciale dont j'emportai légèrement les angles, afin de respecter un sphincter possible : la route contre nature infectait toujours la vulve ; je fis fabriquer une canule de plomb, assez longue pour l'introduire dans le rectum, au delà de la route contre nature ou de l'orifice qui portait les déjections à la partie inférieure de la vulve. Il fallait toute la tendresse d'une mère pour vaincre cette malpropreté. J'appris à M. Savry à nettoyer la canule, à l'introduire, à garnir de bourrelet les anses, auxquelles étaient attachés des cordons fixés à une ceinture. L'ouverture contre nature s'est oblitérée ; au bout de cinq semaines, les matières suivaient la route naturelle. Aujourd'hui, l'enfant se porte parfaitement bien et est âgée de plus de 4 ans passés (*Journal de méd. et de chirurg.*, 1790, tom. LXXXV, pag. 370).

Roestel. — Obs. cxxvii. — Fille avec absence d'anus dont les matières s'écoulent par la vulve (*Mursinna Journ. f. Chirurg.*, tom. I, pag. 547).

Rovillain. — Obs. cxxviii. — Léonie P..., 13 ans, entrée à l'hôpital le 1er décembre 1880, service du professeur Verneuil. Là mère a déjà eu sept enfants ; syphilis contractée il y a dix-huit mois. A la place de l'anus quelques plis radiés. Bonne conformation des organes génitaux, sauf absence

d'hymen. L'ouverture anormale siège à la place qu'occuperait ce dernier. Cet orifice est elliptique à grand diamètre transversal; il est garni de rides et présente une couleur rouge foncé. A sa suite, le rectum présente un élargissement progressif jusqu'à une hauteur de 5 à 6 centim. Pas de diverticulum. Selles rares, douloureuses et involontaires toujours précédées de coliques.

Opération par le procédé de Rizzoli. Échec complet de cette opération et de deux tentatives ultérieures attribué par l'auteur à la syphilis, aux vomissements chloroformiques et à l'intoxication phéniquée. Nous n'avons pu retrouver le complément annoncé de cette opération, relatif à une quatrième tentative (*Thèse de Paris*, 1882, pag. 243).

Schenck. — Obs. cxxix. — J'ai vu à Tubinge une fille aux traits agréables, qui n'avait pas d'anus normal et rendait ses excréments par le vagin; aussi le sénat lui interdit-il de se marier. Elle quitta Tubinge et se rendit dans une ville voisine, où elle épousa un cordonnier. Dans la suite, elle accoucha d'une fille bien conformée que j'ai vue (*Obs. medic. rar. nov. admir. et monst.*, 1609, Liv. III, pag. 458).

Schurirgius. — Obs. cxxx et cxxxi. — His binis exemplis bina alia, ratione loci excretorii simillima, et quidem alterum in rustici, alterum in nobilis cujusdam, filiabus mihi ipsi observare licuit ; quarum utraque et quidem prior hebdomadas octo, posterior sedecim septimanas nata, Anum non tam per solam membranam, quam per excrescentiam seu substanciam carneam, occlusum habebat, feces vero alvinas per certum meatum sive intestinum rectum in infima vulva parte seu circa inferiorem labiorum coïtum, apertum excernebat. In utraque dictarum puellarum, apertura ista vix culmi straminei crassitiem æquabat, ut adeo excrementa non nisi tenuia et liquida fere summoque nisu pertransire possent. Quamvis autem dictus Zacharias Fürst Ani perforationem non immerito dissuaserit, hac addita admonitione : viderint attendantque ad similia naturæ aberrantis compendia omnes ii, quibus hujusmodi obtingunt, ne immaturo nimis consilio perniciosas auspicentur sectiones. Si vero quis putet, ano perforato intestinoque recto eo deducto vulnus, remanente libera alvi excretione, consolidari commode potuisse, ab eo libenter adhuc instrui cupio. Licet, inquam his verbis dictus medicus operationem aperiendi alvi dissuadeat et quamvis etiam, me in loco podicis ordinario, hac operatione, equidem foramen incidere posse, minime tamen verum intestini recti sphincterem ibidem esse reperturum, optime scirem ; nihilominus tamen, quia in ejusmodi subjectis,

tempore et mutato ciborum genere, stercora magis inspissata et indurata per ejusmodi angustum canalem extraordinarium transire non possunt, sed potius, secundum hactenus adducta exempla, varia symptomata, cum subsequente morte, causantur, assiduis parentum sollicitationibus victus in puella rustica an. 1701 per Chirurgum et operatorem nostrum T. F. anum satis profunde, et usque ad excrementorum exitum Lancetta magna perforari primisque diebus turundam, posteaque cannulam saturninam cum reliquis medicamentis externis applicari jubebam, ut dictæ puellæ intra aliquot septimanas naturalis fecum alvinarum exitus restitueretur.

An. seq. 1702 die 9 novembr. in puella nobili, filia scilicet Domini a B. per eumdem locum, hactenus excrementa, etiam molliora, cum dolore, nisu atque terminibus excernente (cujus parentes priori exempli instinctu id anxie a me efflagitabant) eamdem operationem per dictum quoque Chirurgum instituendam curabam, et quidem tanto cum successu, ut puella intra sex præter propter hebdomadas restitueretur. Et quamvis negandum non sit, in utraque puella tempore dejectionis nonnunquam feces liquidiores simul per vulvum prodiisse, crassiores tamen per novam aperturam excernebantur. Harum puellarum altera, nobilis scilicet, post duos circiter ab operatione annos, mortua est, altera autem, quantum quidem scio, adhuc vivit. Quod autem in hac relatione puellam rusticam nobili præposuerim, ex duplici causa factum, primo ratione temporis, cum illa anno 1701 hæc vero anno 1702 curæ meæ commendata fuerit: deinde ratione sostri, cum illius, rusticæ puellæ, pater, post curam aliquod, licet satis tenue, gratitudinis signum obtulerit; hujus autem, nobilis scilicet puellæ, durante cura, simul febre miliari maligna laborantis, parens, etiam admonitus, ad hunc usque diem ne obolum quidem pro magna labore solverit. En ! aurea praxin medicam ! (*Chylologia historico-medica*, etc... Dresde, 1725, pag. 668).

Sennert. — Obs. cxxxii.— Récemment, le Dr Élias Rhebold, médecin à Torge, m'a écrit qu'il y avait dans sa ville une fille âgée de 9 semaines, qui, dépourvue d'ouverture inférieure (gutturis inferioris), rendait chaque jour ses excréments par la vulve (*Pract. med.*, liv. III, pag. 3).

Sharpless. — Obs. cxxxiii. — Fille née avec un anus imperforé ; le rectum se terminait dans le vagin. Elle fut opérée dix jours après sa naissance.

L'*opération* consista en une ponction suivie de l'incision. Les fèces s'écoulèrent par l'anus artificiel, et la fistule recto-vaginale s'oblitéra spon-

tanément deux mois après l'opération. Elle vécut encore pendant quatre mois. La dilatation avait été continuée à partir du succès (*In* Curling, *Maladies du rectum*).

Smith (Ashbell). — Obs. CXXXIV. — Fille de 4 mois, née à terme d'une mère primipare. A la place de l'anus, légère coloration brune de la peau. Le rectum s'ouvrait à la partie postérieure du vagin. L'existence du museau de tanche et de l'utérus n'a pu être convenablement reconnue.

Opération le 7 juillet 1834. Incision simple. Introduction de tentes de charpie. Sept mois après l'opération, l'anus artificiel admettait une grosse bougie uréthrale; pas de tendance au rétrécissement. Les matières s'écoulaient en partie à travers le canal recto-vaginal. Quelques semaines plus tard, mort par maladie aiguë. Pas d'autopsie (*Americ. Journ. of the med. Sc.*, pag. 341, 1836).

Sprague (S.-L.). — Obs. CXXXV. — Enfant âgée de 8 jours, portant un anus vulvaire. Par suite de l'étroitesse de la fistule recto-vulvaire, insuffisante pour le passage des matières fécales, on pratiqua un anus périnéal par simple incision du cul-de-sac intestinal. — Mais l'anus artificiel se rétrécit avec une telle rapidité qu'on dut opérer à nouveau, et cette fois on fit communiquer la fistule avec l'anus nouvellement créé. A la suite, les fèces furent rapidement évacuées; l'enfant eut bon appétit et prit un développement rapide (*Bost. med. and surg. Journ.*, 4 march 1869).

Stoker. — Obs. CXXXVI. — Fille de 21 ans, qui vint trouver l'auteur pour une tumeur siégeant dans le côté gauche du vagin. Il s'agit d'une atrésie d'anus vaginal avec distension par les matières et les gaz du rectum et du côlon descendant. Pas trace d'anus. L'ouverture du rectum siégeait dans le vagin à 1 centim. 1/2 au-dessus de la commissure postérieure et admettait facilement le doigt. Cette fille ignorait son infirmité, quoiqu'elle eût souffert à différentes reprises d'obstruction. Selles une fois ou deux par semaine. — L'opération proposée fut repoussée (*Medic. press. a. circul.*, 10 march 1880).

Tassius. — Obs. CXXXVII. — Fille âgée de 3 semaines. L'anus manque; les fèces sont rendues par une ouverture étroite placée en avant du frein. — *Ponction* avec un trocart introduit par l'ouverture anormale du périnée à l'endroit de l'anus. Oblitération rapide. Dans une *deuxième opération*, on fendit la paroi postérieure du rectum et la partie postérieure

du périnée. Nouvel échec. Dans une *troisième opération*, incision du périnée et de la paroi postérieure du rectum, puis détachement des adhérences de cette paroi à l'os et suture à la place de l'anus. Enfin, comme opération complémentaire, section du trajet et de l'orifice fistuleux. Guérison complète (*Cent. f. Gynœk*, 1878, pag. 168).

Valle.— Obs. cxxxviii. — Petite fille porteuse d'un anus vulvaire. Les matières fécales étaient rendues avec difficulté, ce qui amena l'intervention

L'*opération* consista en une incision avec une lancette à l'endroit de l'anus oblitéré qui présentait un enfoncement. Dans la plaie V... plaça une sonde de fer-blanc revêtue d'un morceau de baudruche (*Opere di ostetricia*. Firenze, 1792).

Van Swieten.— Obs. cxxxix. — V. Sw... a connu une jeune fille de 16 ans qui n'avait pas d'anus et dont le rectum s'ouvrait dans le vagin, par où elle rendait ses excréments. Pas d'opération (*Comment.* in *Herm. Boerh*, etc., lib. IV, pag. 575, Lugd. Bat., 1785).

Vaughan. — Obs. cxl. — Rectum terminé dans le vagin (*Kuhn's Repertor*, pag. 695, tom. IV).

Veit. — Obs. cxli. — Anus ouvert dans le vagin. Il n'y avait pas d'incontinence des matières fécales (*In* Hegar et Kaltenbach, *loc. cit.*, pag. 488).

Vincent. — Obs. cxlii. — Petite fille âgée de 3 jours, se mourant avec tous les symptômes de rétention. Le rectum, effilé, traverse la paroi recto-vaginale et s'ouvre à 1 centim. environ de la fourchette. *Opération* par le procédé d'Amussat, avec avivement de la fistule vaginale. Trois mois après, l'anus artificiel ne se maintenait que par des dilatations répétées. Les matières passaient par les deux ouvertures (*Thèse de Maître*, Lyon, 1887).

Wagner (E.). — Obs. cxliii. — Fille de 3 mois, avec anus vulvaire, à laquelle on dut pratiquer un anus artificiel. Elle succomba plus tard.

A l'endroit de l'anus artificiel on trouva une ouverture de l'épaisseur d'une ligne, à circonférence tapissée par une peau normale. Au-dessus de la commissure postérieure du vagin, se trouvait une ouverture conduisant dans le rectum. Le rectum, dont la tunique musculaire était épaisse du

double, se terminait en entonnoir au niveau de l'anus artificiel. Sur la paroi antérieure du rectum, quatre lignes au-dessus de l'ouverture anale artificielle, se trouve une deuxième ouverture qui conduit dans un canal long de quatre lignes, à parois épaisses d'une ligne et qui vient se terminer à l'ouverture anormale. Le vagin et les organes génitaux urinaires sont normaux (*Archiv. der Heilk.*, 1860, 4e liv.).

WEDEL G. WOLFFGANG. — Obs. CXLIV.— W... a connu une jeune fille qui rendait ses matières par les parties génitales. Le rectum était prolabé (*Act. Erudit*, sept. 1717, pag. 408),

WINTERNITZ.— Obs. CXLV.— Le rectum s'ouvrait dans le vestibule du vagin, entre la commissure postérieure de la vulve et l'hymen bien développé par un orifice mesurant 1 millim. Une sonde introduite conduit directement dans l'intestin terminal. Il n'y avait pas d'indication à l'opération, l'enfant se portant bien (*Prag. med. Wochenschrift*, n° 16, 1883).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 28 Octobre 1890.
Pour le Recteur de l'Académie,
L'Inspecteur délégué,
YON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 27 Octobre 1890.
Le Doyen,
A. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Amabile. — Ano-vulvare. Il Morgagni, ano XIV. Napoli, 1872.

Bernard. — Exposé des travaux de la Société de la Moselle, 1846.

Blot. — Comptes rendus de la Société de Biologie, 1849.

Bodenhammer. — The congenital malform. of the anus and rectum. New-York, 1860.

Bouisson. — Des vices de conformation de l'anus et du rectum. Thèse de concours. Paris, 1851.

— Des opérations de luxe et de complaisance. Montp. méd., 1882.

Bourneville et Bricon. — Recherches sur l'épilepsie, l'hystérie, etc... Paris, 1887.

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales, tom. VI. Paris, 1849.

Brouardel. — Bulletins de la Société anatomique, tom. V, 2e série.

Budge. — Berlin. klin. Wochenschrift, 1875.

Combemale. — De la descendance des alcooliques. Th. de Montp., 1888.

Cooper. — Art. *Anus*. Dictionnaire de Chirurgie, tom. I.

Courty. — Traité des maladies de l'utérus, 3e édit., 1881.

Curling. — Maladies du rectum.

Debout. — Bulletin de thérapeutique, tom. XLIX, 1855.

Delore. — Description d'un monstre célosomien aspalasome. Montpellier médical, 1860.

Desneaux. — Comptes rendus de l'Académie des Sciences, 1860.

Dieffenbach. — Operative Chirurgie. Leipzig, 1845.

Dubrueil. — Médecine opératoire, 1875.

Duros. — De l'imperforation de l'anus avec abouchement congénital du rectum dans le vagin. Thèse de Paris, 1889.

Follin et Duplay. — Traité élémentaire de pathologie externe, tom. VI.

Friedberg. — Archives générales de Médecine, 1857.

Gilis. — Précis d'embryologie, 1890.

Giraldès. — Art. *Anus*, in Dictionnaire de Jaccoud, tom. II.

Godard. — Société de Biologie, 1855.

Goyrand. — Journal hebdomadaire, tom. III, 1834.

— Gazette médicale de Paris, 1856.

Hégar et Kaltenbach. — Gynécologie opérat.; trad. de Bar. Paris, 1885.

Holmes. — Maladies chirurg. de l'enfance; trad. de Larcher. Paris, 1870.

JEANNEL. — Essai sur la pathogénie des malformations de l'anus et du rectum. Revue de chirurgie, 1887.

KOCH. — Monatschrift f. Geburtshülfe. Bd. XXXI.

KOLLIKER. — Embryologie ; trad. de Schneider, 1882.

LEFORT. — Des vices de conformation de l'utérus et du vagin. Th. d'agr. Paris, 1863.

LOBLIGEOIS. — De l'oblitération congénitale des intest. Th. de Paris, 1856.

MAIRET et COMBEMALE. — Comptes rendus de l'Acad. des Scienc., 1888.

MAITRE. — Des imperforations ano-rectales. Thèse de Lyon, 1887.

MALGAIGNE et LEFORT. — Médecine opératoire. Paris, 1877.

MELCHIORI. — Ann. univ. de medecina e chirurgia, april 1875.

MORGAGNI. — De sedibus et causis morborum, 1761.

NÉLATON. — Éléments de pathologie chirurgicale, tom. V, 1853.

PÉRIER. — Bulletin de la Société d'anthropologie, 1861.

PUECH (Alb.). — Des anomalies de l'homme et de leur fréquence relative. Paris, 1871.

— Des vices de conformation de l'anus et du rectum. Gazette de Joulin, novembre 1873.

PUECH (P.). Absence de la main gauche par arrêt de développement. Montpellier médical, décembre 1886.

REIBEL. — Gazette médicale de Strasbourg, novembre 1873.

RETTERER. — Origine et évolution de la région ano-génitale des mammifères. Journal de l'anatomie, 1890.

RICATEAU. — Quelques cas d'anus vulvaires. Thèse de Montpellier, 1881.

RIZZOLI. — Clinique chirurgicale, 1877.

ROVILLAIN. — Des vices de conformation de l'anus et du rectum et en particulier de l'anus vulvaire. Thèse de Paris, 1882.

ROUX. — De l'imperforation de l'anus. Thèse de Montpellier, 1844.

SAINT-GERMAIN (DE). — Gazette des Hôpitaux, 1873.

SCHURIRGIUS. — Chylologia hist. medica, etc... Dresde, 1725.

SERAND. — Dissertation sur quelques vices de conformation de l'anus et du rectum. Thèse de Montpellier, 1814.

THOMAS. — De l'imperforation de l'anus avec abouchement du rectum à la vulve et au vagin. Thèse de Strasbourg, 1864.

TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique, 1882.

TRÉLAT. — Art. *Anus*. Dictionnaire de Dechambre.

TUENGEL. — Die Kunstliche Afterbildung. Kiel, 1853.

TABLE DES MATIÈRES.

INTRODUCTION..... 5

CHAPITRE PREMIER. — Embryogénie. — Pathogénie..... 7

CHAPITRE II. — Étiologie. — Fréquence..... 16

CHAPITRE III. — Anatomie pathologique..... 24

I. — Description de l'orifice anormal, du trajet fistuleux et de la région anale..... 24

II. — Des sphincters ano-rectaux et du péritoine pelvien... 30

III. — Des malformations coexistantes..... 39

CHAPITRE IV. — Symptomatologie. — Diagnostic..... 44

CHAPITRE V. — Pronostic..... 79

CHAPITRE VI. — Traitement..... 88

I. — Exposé des divers procédés opératoires..... 91

II. — Suites et résultats de l'opération..... 100

III. — Indications et contre-indications de l'intervention. — Age où l'on doit opérer. — Choix du procédé..... 108

RÉSUMÉ GÉNÉRAL..... 121

PIÈCES JUSTIFICATIVES..... 127

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE..... 153

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maison, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!